

¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?

Respuesta al VIH-sida desde el
sistema público de salud

Investigación realizada
de modo colaborativo por
la Dirección de Sida y ETS
y los programas de
VIH-sida del país



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?

Respuesta al VIH/sida desde el sistema público de salud

¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?

Respuesta al VIH/sida desde el sistema público de salud

Silvana Weller
Ariel Adaszko
Mariela Huergo
Juan Sotelo

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo
para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

Dirección de Sida y ETS
Ministerio de Salud de la Nación

UBATEC S.A.

¿Dónde estamos? ¿A dónde queremos ir?
Respuesta al VIH/sida desde el sistema público de salud / Silvana Weller
... [et al.]. - 1a ed. - Buenos Aires : Ubatec SA, 2009.

88 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-24733-7-2

1. VIH/ Sida. Investigación. 2. Salud Pública. I. Weller, Silvana

CDD 362.196 979 2

Fecha de catalogación: 08/06/2009

© UBATEC S.A. (2009) Viamonte 577 5° piso (C1053ABK)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
www.ubatec.uba.ar

UBATEC S.A. – Receptor Principal

Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”,
apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Directora General de UBATEC S.A.: **Dra. Laura Boveris**
Coordinador Técnico del Proyecto País: **Dr. Rodolfo Kaufmann**
Responsable del Área de Monitoreo y Evaluación: **Dr. Eduardo Chávez Molina**

Autores: **Silvana Weller, Ariel Adaszko, Mariela Huergo y Juan Sotelo**

Edición y corrección: **Malala Carones y Agustín Ostrowski**

Diseño: **Carolina Berdiñas**

Ilustración de Tapa: **Cecilia Cambas**

Investigación realizada por la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación,
en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”,
apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Directora de la investigación: **Dra. Silvana Weller**

Impreso en Argentina

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Los puntos de vista aquí descritos no representan la opinión del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida,
la Tuberculosis y la Malaria, ni hay aprobación o autorización de este material en forma expresa o implícita
por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este material,
en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias,
digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito de UBATEC S.A.

Índice

Prólogo	9
Presentación	13
1. Introducción: Investigación y gestión compartida	15
1.1. La política preventivo-asistencial de la Argentina frente al VIH/sida: breve <i>racconto</i> histórico y estado actual	16
1.2. La investigación como herramienta de gestión: algunos conceptos sobre gestión y cambio	19
1.2.a. La gestión como espacio para el cambio	19
1.2.b. “Unos piensan, otros hacen”	20
1.2.c. Acción basada en la emergencia permanente	21
1.2.d. “Cada uno se arregla como puede”	22
1.2.e. El trabajo en salud basado en procedimientos	22
1.2.f. Respuesta basada en el modelo de atención que fragmenta la prevención de la asistencia	23
1.3. Investigación, evaluación y gestión sanitaria: tradiciones diferentes que precisan dialogar	24
1.4. ¿Qué es una política social? Concepto teórico que sustenta el diseño de la investigación	26
1.5. Objetivos de la investigación diagnóstica participativa	28
2. Metodología	31
2.1. Etapa de diseño y puesta en marcha del estudio	34
2.2. Trabajo con los jefes de programa e investigadores	37
2.3. El trabajo de campo, análisis y elaboración de informes	40
2.4. Presentación de resultados y cierre	42
3. Resultados de la investigación diagnóstica	45
3.1. Accesibilidad a preservativos y material informativo	45
3.1.a. Gestión de los preservativos en el nivel jurisdiccional	45
3.1.b. Distribución de preservativos desde los efectores públicos de salud	47
3.2. Distribución de material gráfico preventivo desde los efectores públicos de salud	49
3.3. Accesibilidad al test de VIH y al diagnóstico de sífilis	49

3.4. Atención de personas con VIH	52
3.5. Gestión de la información epidemiológica	56
4. Análisis y propuestas para mejorar la respuesta preventivo-asistencial al VIH/sida y otras ITS	59
4.1. Resultados de la investigación considerando el impacto del proceso sobre los actores	60
4.2. Análisis y propuestas: ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir? ¿Adónde podemos ir?	61
4.2.a. Accesibilidad al preservativo	61
4.2.b. Propuestas para mejorar la accesibilidad de la población a los preservativos gratis	63
4.2.c. Acceso a materiales preventivos (afichetas, folletería, cartillas, etc.)	65
4.2.d. Propuestas para mejorar la accesibilidad a los materiales preventivos	66
4.2.e. Accesibilidad al diagnóstico de VIH y sífilis	66
4.2.f. Propuestas para mejorar la accesibilidad al diagnóstico	69
4.2.g. Atención de personas con VIH	70
4.2.h. Propuestas para mejorar la atención de personas con VIH	73
Tablas	75
Bibliografía	85

Prólogo

La metodología utilizada en este trabajo innova tanto la tradición de la investigación científica como la de la gestión de políticas públicas.

En principio, porque la metodología denominada “investigación como dispositivo de gestión” modifica las relaciones entre la producción de conocimiento científico y la vida concreta de los sistemas y políticas públicas. Este libro nos presenta una nueva manera para evaluar y construir políticas y programas sociales. Hoy en día, en todo el mundo, observamos un movimiento pendular entre evaluaciones tecnocráticas que pretenden –a partir de evidencias y de indicadores de resultado– alterar los objetivos y el sentido de los programas que son ofrecidos a la sociedad, y, en el otro “extremo” del péndulo, la gestión de políticas solamente basada en intereses privados y valores. El equipo de investigadores construyó un método que articula estas dos formas de producción de racionalidad, modificándolas exactamente en el momento de combinarlas, valorizando tanto la búsqueda de datos concretos sobre el funcionamiento de la atención preventiva y asistencial del VIH/sida e ITS, como la construcción de un proyecto de investigación según la mejor tradición de una política social democrática y participativa.

Todas las etapas de la elaboración del proyecto, de la recolección de resultados y de la interpretación y análisis de estos hallazgos involucraron a distintos actores sociales, a las diversas instancias de gobierno y a los efectores de salud. Desde la constitución del equipo de investigadores, hasta el diseño del proyecto y el análisis de los resultados, siempre todo fue realizado en cogestión. Hubo actores con responsabilidad nacional, otros de los programas provinciales y de las regiones sanitarias y también se involucraron las voces de los efectores que, en última instancia, son quienes de hecho realizan el trabajo clínico y preventivo. Obsérvese que esta forma de operar, más allá de ampliar el abanico de intereses y de visiones dentro del propio equipo de investigación, posibilita que los resultados tengan influencia en la redefinición de la política y de la gestión del programa nacional, de los provinciales y de los locales. La cogestión, el amplio involucramiento de diversos actores sociales, torna posible la deseada aproximación entre gestión e investigación.

Otro producto relevante de esta metodología es su efecto pedagógico: la cantidad de talleres, encuentros, debates, se constituye en una verdadera

escuela sobre elementos fuertes y fallas de la política preventiva y asistencial del VIH/sida e ITS. Al contrario de la tendencia muy fuerte entre gestores a ocultar “problemas” y carencias por recelo de perder prestigio político, esta forma de trabajar reconoce los méritos y las fallas de la política, pero evita el desgaste y la crítica destructiva al sugerir, de inmediato, procedimientos y cambios para corregirlas. Se trata de una alteración radical de la forma degradada con la que, en general, se hace política en buena parte del mundo.

También es una novedad radical la amplitud de la investigación. Al definirse el objeto a ser estudiado –las prácticas sanitarias de centenas de efectores, todas las provincias y el Ministerio de Salud–, ya se sugiere una directriz política: el logro del control de la epidemia de sida, la prevención y la calidad de vida de las personas infectadas; directriz que dependerá de la constitución de un sistema, de una red articulada de servicios de salud. Esto, a pesar de la conformación institucional de la salud en Argentina, todavía es presa de un modelo de gestión extremadamente fragmentado lo que, por cierto, dificulta la constitución de un sistema o de programas integrados de salud. Pues bien, la investigación, en este sentido, es ejemplar; reconoce que la integración entre las diferentes instancias del sistema, todos con importante grado de autonomía, solamente ocurrirá mediante la constitución de alguna forma de cogestión, de gestión compartida.

La otra novedad se refiere, desde el diseño inicial, a moldear una investigación basada en una concepción ampliada del proceso de salud/enfermedad/atención. Se investigan tanto acciones preventivas, como clínicas y asistenciales. Se buscaron 205 efectores comprometidos en acciones de prevención y 127 con el tratamiento. Se analizaron distintas intervenciones consideradas estratégicas para la salud, estudiándose la prevención de la transmisión vertical, la distribución de preservativos y la atención propiamente clínica a los pacientes.

Considero que hay dos productos derivados de la investigación de gran valor social y político. El primero vinculado al proceso, ya que el equipo realizó una investigación que, al mismo tiempo, descubría acontecimientos, educaba y esclarecía sobre la epidemia y las políticas de salud, y más aun, contribuyó a la constitución de un clima social favorable a la gestión democrática y participativa. El segundo resultado relevante son las recomendaciones, tanto las que enfatizan la necesidad de mantener algunas directrices y programas, como aquellas que apuntan a la urgencia de realizar algunos retoques, algunos cambios.

Tengo mucho orgullo de sentir que parte de mi propio trabajo de investigación sobre la coestión y el método de apoyo ayudaron a Silvana Weller y al equipo de investigadores a realizar este recorrido.

¡Gracias, amigos!

¡*Saravá!**

Gastão Wagner de Sousa Campos

* No es posible hacer una traducción literal de esta expresión usada por los afrobrasileños para saludos fraternales. Puede significar “buena suerte”.

Presentación

En este libro se publican los resultados de una investigación diagnóstica que fue realizada de modo conjunto por la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación, los programas jurisdiccionales (provinciales, de la ciudad de Buenos Aires y de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires) y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.¹ Dicha experiencia se desarrolló entre los meses de agosto y noviembre de 2008.

La investigación tuvo un doble objetivo: por un lado, generar un diagnóstico sobre la respuesta preventivo-asistencial desde el sistema público de salud al VIH/sida y a la sífilis. Por el otro, el estudio fue pensado como una *herramienta o dispositivo de gestión*; esto es, como una oportunidad para generar un modelo de trabajo conjunto y participativo entre algunos de los actores que tenemos la responsabilidad de prevenir nuevas infecciones y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH.

Participaron del proceso de investigación 22 provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y ocho regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. A continuación se enumeran las mismas: Catamarca, Chaco, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Tucumán y las regiones sanitarias I, IV, V, VI, VII a, VII b, VIII y XI de la provincia de Buenos Aires. La provincia de Formosa se incluyó en el comienzo del estudio pero no pudo realizar el trabajo de campo.

El trabajo de campo involucró visitas a un total de 332 efectores públicos de salud, seleccionados según criterios metodológicos que se explicitan en el Capítulo 2. De estos, 205 fueron centros de atención primaria de la salud, 118 hospitales y 9 maternidades.

En el Capítulo 1 se presentan las consideraciones que llevaron a plantear esta investigación y los puntos de partida teóricos que fundamentan el tipo de

¹ Proyecto 587: "Investigación para el diagnóstico y el mejoramiento de la gestión: estado actual de la respuesta preventivo-asistencial al VIH/sida e ITS en la República Argentina". Realizado por la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, en el marco del Fortalecimiento de los Sistemas de Monitoreo y Evaluación del Proyecto del Fondo Mundial.

diseño elegido. En el Capítulo 2, que trata sobre la metodología, el lector podrá conocer las decisiones técnicas que se tomaron para hacer el estudio, así como un detalle de las diferentes etapas. En el Capítulo 3 se presentan algunos de los hallazgos organizados en función de los cuatro ejes que guiaron la investigación, ejes que se corresponden con los objetivos estratégicos que se ha trazado la Dirección de Sida y ETS:

- acceso a información y preservativos,
- acceso al test de VIH y al diagnóstico de sífilis,
- acceso a atención integral para las personas con VIH.

El cuarto eje es transversal y refiere a la mejoría de los procesos de gestión de la información sobre todos los aspectos involucrados en la respuesta a la epidemia y el manejo de las ITS.

En el Capítulo 4 se presenta un análisis de la información recabada, que funciona de soporte para la definición de propuestas a ser implementadas en el futuro por la Dirección de Sida y ETS y por los programas jurisdiccionales. Estas propuestas pretenden ser el esbozo de una agenda común que parte de considerar del modo más realista posible el estado actual –fundamentalmente heterogéneo, como podrá observarse– de la respuesta que nuestro país ha logrado construir en todos estos años de epidemia.

La investigación ha permitido a una multiplicidad de personas (investigadores locales, jefes de programas jurisdiccionales, equipo de la DSyETS, asesores) pensar juntos un problema en un contexto de respeto y confianza y, de este modo, transparentar los aciertos y también aquellos aspectos sobre los que precisamos avanzar en los años venideros.

Nos ha brindado también una serie de datos que funcionarán como línea de base e insumos para la gestión de la Dirección de Sida y ETS así como de los programas jurisdiccionales. Todos contaremos ahora con mayor información, seguramente parcial, pero producida con un método claro y presentada de modo sistemático. Sabemos lo que sabemos, y también lo que nos falta por conocer.

Claudio Bloch

Director de Sida y ETS

Ministerio de Salud de la Nación

1. Introducción: Investigación y gestión comparada

El inicio de una nueva gestión en salud es una oportunidad para implementar propuestas “nuevas” que deberían basarse en un adecuado conocimiento de lo “viejo”. Para conocer lo anterior es preciso, además de un genuino interés, desarrollar alguna metodología de trabajo orientada a este fin.

El presente apartado tiene por objetivo mostrar las circunstancias y los caminos conceptuales que llevaron a un equipo de gestión de nivel nacional a iniciar su tarea generando una investigación que permitiera, por un lado, realizar un diagnóstico sobre cómo estaban funcionando los programas provinciales y algunos efectores públicos de salud con respecto al tema sobre el cual se espera gestionar. Por otro lado, y en función de la intención política del equipo, que es contribuir al aumento de la democratización de los modos en los que se hace salud en el país, se decidió transformar la investigación en el primer ejercicio de gestión ampliada entre el equipo nacional y los diferentes equipos jurisdiccionales.

La *gestión ampliada* (Campos, 2000) implica, entre otros aspectos, abrir el juego de las decisiones políticas y técnicas a la mayor cantidad posible de actores involucrados, siguiendo un método que permita, a su vez, mejorar su participación real. Consiste en aumentar el número de actores que pueden compartir el poder de definir no sólo *qué es* preciso hacer sino también *cómo* hacerlo.

En este capítulo se presentarán los siguientes tópicos, que constituyen los diferentes puntos de partida que impulsaron la investigación tal como fue realizada:

- Breve *racconto* histórico del modo en que el país dio respuesta al VIH/sida y por qué era preciso contar con un diagnóstico rápido y sistemático para la nueva gestión.
- La decisión de realizar una investigación como *dispositivo de gestión* (Weller, 2004), como una herramienta que permita potencialmente democratizar los modos en que se definen los logros y los problemas nuevos para la co-gestión² con los diferentes actores (en este caso: programas provinciales, regiones sanitarias y efectores del sistema público de salud).
- La necesidad creciente de suavizar las distancias entre la investigación académica, la evaluación y la gestión.
- El concepto de lo que implica desarrollar y cumplir una política pública, concepto que funcionó como guía para definir el diseño de la investigación.

1.1. La política preventivo-asistencial de la Argentina frente al VIH/sida: breve *racconto* histórico y estado actual

Argentina ha sido uno de los primeros países de América Latina en garantizar la accesibilidad a los medicamentos a las personas afectadas de modo directo por el VIH/sida.

Al inicio de 2008, proveía a través de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud, tratamientos antirretrovirales para 26.500 personas y medicación para enfermedades oportunistas (Ministerio de Salud 2008). También garantizaba la medicación necesaria para la prevención de la transmisión vertical, la leche de inicio para la alimentación de los niños hijos de mujeres con VIH y los reactivos necesarios para diagnosticar el VIH, la sífilis y para realizar el seguimiento de todos los pacientes diagnosticados con VIH, estuvieran o no tomando medicación (CD4, carga viral y test de resistencia). También se compraba y distribuía la medicación para el tratamiento de la sífilis.

Esta respuesta asistencial desde los organismos del Estado no había sido acompañada por una política preventiva de igual magnitud. Baste señalar que hasta marzo de 2008, la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) no contaba con lineamientos políticos ni con un área de Prevención.

La Argentina no ha desarrollado las políticas centrales en materia de prevención que son reconocidas como eficaces en el mundo, con la fuerza necesaria para controlar la epidemia; o sea con la planificación, el sostenimiento y la profundidad necesarios. Estas políticas son: la promoción y acceso universal y sostenido en el tiempo al preservativo, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la promoción del testeo voluntario; enmarcadas en los ejes de la accesibilidad a la información adecuada y una respuesta enérgica frente a la discriminación que sufren las personas con VIH así como los grupos

² “La democracia institucional depende de la institución de sistemas de cogestión, de construcción de *espacios colectivos* en los que el análisis de informaciones y la toma de decisiones ocurren de hecho. Incluir a la sociedad civil en la gestión del Estado y de las instituciones; a los equipos de trabajo en la gestión de organizaciones productoras de bienes o servicios, considerando que frente a cada núcleo de poder hay contrapoderes con los cuales hay que relacionarse en esquemas de lucha y negociación, teniendo como objetivo la construcción de compromisos y de contratos” (Campos, 2000: 232).

más vulnerables a la epidemia (hombres que tienen sexo con hombres [HSH], personas trans, trabajadores sexuales, usuarios de drogas, personas privadas de libertad, personas pobres con accesibilidad limitada a los servicios de salud).

Las iniciativas y acciones de prevención que ha realizado nuestro país quedaron libradas a la buena voluntad y esfuerzos aislados, en principio, de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que venían trabajando en la defensa de los derechos sexuales (organizaciones gays) y de la respuesta organizada por las personas con VIH. Hasta inicios de los años 90 estos eran prácticamente los únicos actores involucrados.

Con el paso del tiempo, se crearon fundaciones y asociaciones que tomaron la temática, así como también equipos de salud cuyo accionar también era aislado. Desde mediados de los 90 algunos programas provinciales y municipales comenzaron a desarrollar acciones y a finales de esa década, a través del financiamiento internacional, primero el Proyecto Lusida (Banco Mundial) y, ya en los 2000, el Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina” (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, gestionado en su segunda etapa por UBATEC S.A.) fueron los actores principales en el trazado de lineamientos y distribución de recursos para el trabajo preventivo.

El equipo de gestión que se hizo cargo de la Dirección de Sida y ETS en marzo de 2008 tenía –y tiene– la firme vocación de implementar una política preventiva en VIH/sida e ITS que dé una respuesta adecuada a la epidemia que se presenta en el país y que esté en consonancia con las prácticas reconocidas como óptimas por los organismos internacionales, tendiente a disminuir la incidencia y prevalencia de nuevos casos de VIH/sida e ITS, así como orientada a mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/sida. Para lograr estos objetivos el país cuenta con algunas fortalezas tales como:

- El desarrollo de acciones locales, más allá de la falta de lineamientos nacionales;³
- Uno de los sistemas públicos de salud más extensos de la región, medido en términos de establecimientos sanitarios. Baste señalar a modo de indicador que el 99,2% de los partos del país son institucionalizados (Indicadores Básicos. Argentina 2008. Ministerio de Salud de la Nación/OPS);
- Un desarrollo relativamente importante de asociaciones dentro de la sociedad civil, muchas de ellas con alta vocación de participación en temas

³ Con excepción del trabajo sostenido en prevención de la transmisión vertical del VIH.

comunitarios y de salud; a pesar de ello, hay indicios de que las acciones de prevención de dichas organizaciones son limitadas en cuanto a su cobertura poblacional y geográfica, limitación que se ha aunado a la falta de políticas explícitas relacionadas con la prevención.

Las acciones desarrolladas a partir de los fondos del Lusida primero y del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida después han facilitado la realización de enorme cantidad de subproyectos y propuestas en materia de prevención y mejoramiento de la calidad de la respuesta asistencial, financiando actividades puntuales a grupos de la sociedad civil, de organizaciones de los grupos vulnerables, así como también al propio sistema público de salud (Saavedra, 2008). También gracias a los aportes del Fondo Mundial se han realizado investigaciones que han permitido mejorar el diagnóstico sobre las poblaciones más vulnerables al VIH/sida e ITS, así como sobre la calidad de vida de las personas con VIH (PcVIH) (Barrón López, 2008; Mendes Diz, 2008; Comas, 2008; Biagini, 2008; Pecheny, 2008).

Una de las principales debilidades de nuestro país en la respuesta al VIH, debilidad que se busca afrontar con esta investigación, es la falta de un diagnóstico nacional sobre el estado del acceso universal a las áreas de prevención, tratamiento, atención y apoyo. En esta carencia debe incluirse también la necesidad de conocer de modo sistemático cómo se manejan el monitoreo y la evaluación desde las jurisdicciones así como los procedimientos de notificación epidemiológica de casos e infecciones por VIH/sida y otras ITS.

Esta debilidad es compartida tanto por la DSyETS como por los diferentes programas provinciales y municipales, así como también por otras dependencias del gobierno y la sociedad civil. La existencia de estos vacíos de información ha sido ratificada por las representaciones de las agencias internacionales que participan en el país.⁴

Es por ello que se ha propuesto *realizar una investigación diagnóstica que involucre en su ejecución al equipo del nivel nacional y a los equipos de los programas jurisdiccionales*, buscando de este modo que la *construcción* de dicho diagnóstico aumente el interés de estos programas y actores involucrados,

⁴ Se han mantenido conversaciones con representantes de ONUSIDA, OPS y UNFPA. En las mismas se acordó la necesidad de avanzar en el mejoramiento de un diagnóstico nacional y participativo. El protocolo de la investigación fue revisado y enriquecido por los aportes de los representantes de estas agencias.

así como mejore la respuesta integral de estos niveles a la epidemia, especialmente en materia preventiva.

A su vez, esta investigación constituye un insumo para la nueva ronda de encuentros de Planificación Estratégica Nacional y las planificaciones regionales, con datos que propicien el diálogo y permitan programar esfuerzos y acciones futuras basadas en información sistematizada.

La investigación está también en consonancia con la decisión de la DSyETS de hacer del *monitoreo y la evaluación* un eje fuerte de la política nacional y local. La apropiación por parte de los actores de la filosofía y la práctica del monitoreo y la evaluación como herramientas cotidianas de la gestión es la gran apuesta para aumentar no sólo la equidad en el modo de distribuir los recursos sino también para mejorar la eficacia y la eficiencia de las acciones y las inversiones públicas y privadas en la respuesta nacional a la epidemia.

Los resultados de esta investigación fortalecerán a la Dirección de Sida y ETS, a los programas provinciales, a las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y a los programas municipales para la gestión y monitoreo en VIH/sida y el mejoramiento de la calidad, consistencia y análisis de la información registrada.

1.2. La investigación como herramienta de gestión: algunos conceptos sobre gestión y cambio⁵

1.2.a. La gestión como espacio para el cambio

Aquí se parte de considerar la noción de *gestión* en su doble vertiente de ser un lugar desde el que se realizan tareas de administración (gerenciar) y también potenciales acciones de creación (generar) (Onocko Campos, 2003). Esto último refiere de modo general al potencial de dar a luz a *lo nuevo*; y *lo nuevo* en la gestión puede referirse tanto a los modos de ver los problemas, a los actores considerados y convocados, a los modos de organizar el trabajo, como también al desarrollo de aspectos vinculados a la subjetividad de las personas que se encuentran involucradas en los procesos de trabajo.

⁵ El concepto de *investigación como dispositivo de gestión* fue desarrollado por Weller (2004) con base en las propuestas de Campos (1998, 2000). Sugerimos también como lectura complementaria para profundizar los conceptos de gestión y cambio en VIH/sida el libro *Hechos y palabras* (Bloch, 2007).

La gestión es también un espacio de gobierno, de posibilidad de ejercer el poder en ámbitos acotados de la realidad sobre la que se interviene. El ejercicio del poder puede estar al servicio de la reproducción de lo viejo, como a la producción de lo nuevo (Testa, 1993).

Tomando en consideración los desarrollos del sanitarista brasileño Gastão Campos (1997), aquí se asume que uno de los desafíos principales de la gestión en salud pública es la *democratización de las prácticas a través de las que se produce salud*. Esta democratización no sólo tiene un valor político en sí mismo, sino que es considerada también la estrategia para mejorar la calidad de la salud que se produce a partir de poder incluir la mirada y las necesidades de muchos. Y este “muchos” refiere tanto a los otros gestores (en el caso de esta investigación fueron los jefes de programas jurisdiccionales), a quienes trabajan en los establecimientos de salud y, por supuesto, a los ciudadanos usuarios del sistema público de salud.

No se hace una valorización del cambio o de lo nuevo *per se*, se hace necesario precisar cuáles son esas novedades que se quieren contribuir a producir. Planteado de otro modo: ¿en qué aspectos es preciso pensar y hacer las cosas para avanzar en la democratización de la salud? A continuación se expresan algunos nudos en los que la necesidad de cambio se pone en juego.

1.2.b. “Unos piensan, otros hacen”

La producción de salud –como la de educación, entre otras actividades humanas– no puede basar su organización del trabajo en modelos utilizados para la producción de otros bienes. El trabajo en salud es un trabajo de personas con personas, y en este terreno la principal herramienta con la que cuenta el gestor, el planificador, el equipo de salud, es su propia persona y su propia capacidad de actuar ante el sufrimiento y/o las demandas de los otros.

En este sentido, el modelo “taylorista” (Campos, 2001) que organiza los procesos de toma de decisión y de trabajo en torno al principio que dice que “algunos piensan lo que otros hacen”, es definitivamente un modelo inadecuado para el trabajo en salud. El trabajo en salud requiere que todos piensen y todos hagan. Esto no exime a los niveles de gestión de la responsabilidad de generar propuestas, lineamientos e incluso normativas. Pero estas “ofertas” o normas (dependiendo del caso que se trate) deberán inevitablemente ser vueltas a pensar en cada una de las *instancias* donde se llevan adelante las acciones enmarcadas en las políticas.

Además, se afirma que el lineamiento que –de modo más o menos explícito–

guía los sistemas verticales (unos piensan, otros hacen) es falso. No ocurre de este modo en ningún sistema de salud (ni de educación). La creencia sostenida de que los sistemas sanitario y educativo se manejan a través de relaciones verticales contribuye al aislamiento de los niveles y de los equipos, y favorece que cada grupo actúe de acuerdo a sus propios recursos (el “sálvese quien pueda”, “cada uno se arregla con lo que tiene”). Esto favorece prácticas burocratizadas vaciadas de sentido e impide la comunicación de diferentes o mejores modos de producir salud (Weller, 2007).

En oposición a esta tendencia instituida del aislamiento y del “sálvese quien pueda”, es necesario generar espacios para construir confianza y respeto, en los que sea posible escuchar diferentes puntos de vista, distintas realidades y lógicas. Tal como señala Campos (2000) en *Um método para análise e co-gestão de coletivos*, la apuesta es no sólo a conversar la implementación de una política, sino también a avanzar en la definición colectiva de necesidades, objetivos, metodologías, indicadores, estrategias de evaluación, etc. Una construcción consensuada sobre el sentido de las prácticas.

Es justamente en este sentido que la presente investigación ha sido una estrategia orientada a abrir conversaciones en cada equipo (entre los integrantes de la DSyETS, en cada programa jurisdiccional) y a facilitar a su vez el diálogo con los equipos que fueron visitados y que brindaron información (en hospitales, maternidades, centros de salud). La mejor respuesta a la epidemia será la que se pueda construir con los aportes de todos, en la medida en que no sólo estará basada en los parámetros “universales” de la mejor respuesta, sino que contemplará en sus lineamientos las viabilidades de implementación de los diferentes lugares del país.

1.2.c. Acción basada en la emergencia permanente

La investigación se propuso también generar un *espacio* y un *tiempo* (Onocko Campos, 2003) que permitiera tomar un poco de distancia de los avatares cotidianos y las urgencias para poder trazar un diagnóstico. Esto que en principio fue pensado fundamentalmente como una línea de base permitió, también, contar con una evaluación respecto de qué resultados han dado todos los esfuerzos realizados por el sistema público de nuestro país como respuesta preventiva y asistencial al VIH/sida desde los inicios de la respuesta a la epidemia a la fecha.

Contar con espacios para detenerse, para reflexionar, permite también tomar un respiro para pensar el sentido de las acciones y eventualmente reordenar los esfuerzos. La investigación fue una herramienta, pero hay otras –como las

reuniones de equipo, los seminarios, etc.– que tienen la misma función: darse un tiempo y lugar para pensar, no sólo para actuar.

1.2.d. “Cada uno se arregla como puede”

Aunque suene paradójico, un sentimiento fuertemente compartido por los equipos de gestión y también por los equipos ocupados de la atención y la prevención en los establecimientos públicos es el *sentimiento de soledad*. Esto suele llevar a que cada equipo tenga que arreglarse como pueda, con lo que tenga. Cuando se tiene la suerte de trabajar en un lugar donde hay equipos con mayor experiencia técnica o bien en contextos institucionales más favorables, hay condiciones para generar mejor calidad de trabajo y mejores resultados. Pero cuando esto no sucede, la tarea se empobrece. Es preciso generar dispositivos que faciliten los encuentros de los equipos y las personas para intercambiar experiencias de trabajo, mejores modos de hacer las cosas.

En este sentido los resultados de la investigación permitieron tener un producto compartido que se espera pueda servir de parámetro para ubicar los distintos desarrollos que existen dentro de nuestro país y conocer cuáles son los límites de las políticas locales y los desafíos para el futuro. También es un insumo para la DSyETS, en la medida en que este producto permite conocer mejor las diferentes respuestas y mejorar la calidad de las propuestas, atendiendo a las realidades locales heterogéneas (ver Capítulo 4).

1.2.e. El trabajo en salud basado en procedimientos

Tal como señala Campos (1997), uno de los problemas que aquejan a nuestros sistemas de salud es que el exceso de especialización y fragmentación suele implicar un exceso de atención hacia los *procedimientos* que hace perder de vista el sentido más general de los procesos de atención de la salud. Si bien es inevitable (y deseable) generar procesos de organización del trabajo que mejoren la eficacia, estos objetivos no pueden desviar el sentido general de las acciones, que en este caso son prevenir nuevas infecciones por VIH y otras ITS y mejorar la calidad de la atención de las personas que están afectadas por el VIH.

La tendencia instituida en los sistemas de salud es la de estar centrada en sus objetivos parciales (la realización de procedimientos); el desafío es recuperar el papel protagónico de los equipos y de los usuarios en la definición de los *sentidos* de las prácticas. Es preciso generar acciones que vuelvan a nuestros sistemas de salud más *usuario-centrados*. La epidemia no se detiene “haciendo muchos análisis de VIH” sino garantizando que las personas que se hacen un test cuenten con

un asesoramiento que las motive a retirar su resultado. Que si el resultado es negativo, conozcan mejor los modos de prevenir una infección; y que si es positivo, se sientan estimulados a iniciar los cuidados referidos a la infección.

Es por ello que la investigación ha organizado las indagaciones en torno a procesos de prevención/atención con énfasis en la accesibilidad de los recursos a los usuarios.

1.2.f. Respuesta basada en el modelo de atención que fragmenta la prevención de la asistencia

Uno de los correlatos de lo que se ha enunciado en el punto anterior (el énfasis en los procedimientos) es la disociación –por momentos extrema– entre asistencia y prevención. Es preciso fortalecer la integración y revalorizar el trabajo preventivo.

A fin de suavizar esta distancia entre la prevención y la asistencia se propone el siguiente esquema:

- **Actividades netamente preventivas**

Son las que se realizan:

- en la esfera comunitaria,
- en la comunidad educativa y otras comunidades con “población cautiva”,
- en los efectores de salud.

Las acciones más clásicas, por citar algunas, son la transmisión de información sobre las enfermedades y los modos de prevenirlas y curarlas o tratarlas, la realización de demostraciones sobre el uso correcto del preservativo, la distribución gratuita de preservativos en el marco de eventos comunitarios y en los lugares donde vive y se atiende la población, la promoción del testeo voluntario, la realización de talleres, charlas y la inclusión de actividades o stands en eventos comunitarios.

- **Actividades de prevención/asistencia**

En el campo del VIH hay una serie de acciones preventivas que es preciso incluir en las actividades asistenciales. “Trabajar en prevención” no implica necesariamente salir de los establecimientos sanitarios. Los ejemplos más claros son la distribución libre de material informativo y preservativos en centros de salud, hospitales y maternidades; la oferta del test de VIH con asesoramiento y la oferta del test a la pareja de las mujeres embarazadas; la entrega de leche de inicio, la oferta de grupos de apoyo a personas con VIH, entre otras.

1.3. Investigación, evaluación y gestión sanitaria: tradiciones diferentes que precisan dialogar

La investigación diagnóstica que se ha realizado se propuso también contribuir al campo de las experiencias que se proponen suavizar las distancias que tradicionalmente se dan entre la investigación, la evaluación de políticas y la gestión de programas y proyectos.

En los comienzos de este siglo ha recobrado fuerza la preocupación en torno a cómo potenciar los recursos que las sociedades nacionales y los organismos internacionales invierten en investigación sanitaria en el mejoramiento de la gestión de las políticas públicas nacionales y de nivel local (Almeida y Báscolo, 2006; Bronfman *et al.*, 2000; Gordon-Strachan *et al.*, 2006). Este trabajo de investigación buscó hacerse eco de esta preocupación y propuso un modelo metodológico que integra desde el inicio el campo de la investigación, la evaluación de políticas y la gestión sanitaria.

Como se ha desarrollado en otro trabajo (Weller, 2008) es posible establecer una caracterización “extrema” de los campos de la investigación académica, la evaluación y la gestión de la salud (basada en la experiencia de vivir y trabajar en nuestros países del sur del Ecuador) que se ha dado en llamar “autista”, en la medida en que cada uno de estos campos estaría conformado por actores diferentes, que responderían a sus propias lógicas de intereses, culturas y procesos de trabajo, tiempos, financiamiento, auditorios, etc.

Conviene señalar que este “autismo” no implica el desconocimiento de los diferentes campos entre sí, con los consecuentes conceptos y preconceptos que cada uno tiene respecto de los otros. En efecto, y tal como señalan los autores ya citados que han analizado estas relaciones, el tipo de vínculo que se establece entre los campos (la academia, la evaluación y la gestión) puede ir desde un franco desconocimiento hasta situaciones de abierta desconfianza y confrontación.

En la **investigación académica** los profesionales se encuentran organizados, en general, alrededor de *unidades académicas disciplinarias* y lo que motora las investigaciones es el interés *disciplinario*; la especificidad de la mirada y los *problemas de salud* pueden quedar a veces en segundo plano.

La definición sobre qué problemas de salud se priorizan para la inversión de fondos en investigación y también los diseños de los estudios (corte cualitativo, corte cuantitativo, triangulación de métodos, etc.) responden a lógicas académicas y/o a la necesidad económica de seguir prioridades de acuerdo a

líneas de financiamiento externo. Los interlocutores de estas investigaciones suelen estar sumamente alejados de los sistemas y servicios de salud, y esto ocurre por lo menos en dos direcciones: 1. el modo en el que definen los problemas de investigación, así como 2. en la elección de públicos y formatos en que son difundidos los resultados.

El **campo de la evaluación** basaría su “autismo” en la necesidad de responder a su propia lógica de reproducción, en la que el motor estaría en que las agencias financiadoras colocan la evaluación como algo externo que *debe* hacerse (pues sin evaluación no es posible por ejemplo renovar los financiamientos, porque los evaluadores/consultores deben generar indicadores, etc.). La función de evaluar es –generalmente– externa a los actores de la gestión, e incluso es vivida muchas veces de modo persecutorio por aquellos supuestos beneficiarios de la evaluación (los gestores, los evaluados).

Si en el campo de la investigación la limitación de una mirada más abarcadora estaba dada por el carácter disciplinario de los investigadores, aquí la reducción de la mirada suele estar dada por los objetivos de la evaluación, un área donde ha primado la lógica eficientista, de resultados. Como señala Souza Minayo citando a Lima (2005:45) “la evaluación debe revelar los brotes, las flores, los ramos en desarrollo y no solamente los frutos”.

El **campo de la gestión pública**, por su parte, guarda una relación sumamente estrecha con los *problemas de salud* (más que con las disciplinas) y conflictiva con el ejercicio de la evaluación; entendemos que esto se vincula fundamentalmente con dos cuestiones: el tema del *tiempo* en la gestión pública (acotada para los ministros y directores, “eterna” para los trabajadores de salud) y como consecuencia, con los límites de diferente índole que tienen los funcionarios políticos/gestores para generar cambios en función de los resultados de la evaluación.

El resultado de una evaluación puede significar la toma de una enorme gama de decisiones que chocan contra diferentes lógicas y culturas que constituyen la gestión pública en salud y que suelen ser de difícil abordaje. A modo de ejemplo, podemos mencionar la vigencia de prácticas clientelares en la gestión pública, resistencia u oposición de los gremios para la generación de cambios en “recursos humanos”, vigencia de estilos de gestión autoritarios y abandónicos, etc.

Se ha hecho una lectura de los tres campos utilizando un modelo maniqueo, con la intención de mostrar (de modo un tanto exagerado) lo que suelen ser las tensiones más extremas que atraviesan los campos de la investigación, la eva-

luación y la gestión. Hoy es posible ver con esperanza la existencia real de movimientos que van volviendo estos campos estancos en campos donde empiezan a aparecer membranas (Cardona *et al.*, 2006; Viana *et al.*, 2006; Onocko Campos y Furtado, 2006; Weller, 2004; Secretaría de Salud, 2004). Apostamos a que esta investigación realice un aporte en esta línea de trabajo.

1.4. ¿Qué es una política social? Concepto teórico que sustenta el diseño de la investigación

El diseño de la investigación estuvo basado desde el punto de vista conceptual en los desarrollos de Sonia Fleury (1999) con respecto a cuáles son los momentos de realización de una política social. La politóloga brasileña llama la atención sobre la complejidad de la definición de las políticas sociales: “Como un campo de la política, la política social se trata, en última instancia, de las reglas y mecanismos que permiten el ejercicio, manutención o cambio, concentración o distribución del poder” (Fleury, 1999:1).

La complejidad del campo de las políticas sociales es fruto de los diferentes y generalmente contradictorios factores que determinan su configuración y dinámica. Hacemos propia la visión de la autora cuando enumera los siguientes niveles de mediación en los que se origina, se dirige y se expresa una política social. Estos son:

- **Un conjunto de valores compartidos:** la política social está fundada en la existencia de un principio de justicia que se produce como parte de la construcción social que es generada a partir de valores compartidos socialmente y normas colectivas que orientan la conducta. Si bien la política social expresa una decisión gubernamental, ella tiene como fundamento una construcción colectiva de valores y prioridades. La suposición de valores compartidos no desconoce el conflicto entre diferentes intereses que convergen en la constitución de políticas sociales.
- **Un campo de lucha:** el campo de las políticas sociales es atravesado por las luchas y enfrentamientos de diferentes fuerzas sociales. Concepciones sobre la vida, el bienestar, la salud, la ciudadanía, los bienes públicos, son constantemente redefinidas y resignificadas a partir de su articulación con los diferentes proyectos de hegemonía. Este proceso de lucha ideológica es también un proceso de constitución de actores sociales.
- **Un proceso de acumulación:** la política social tiene también un fuerte

contenido económico, en la medida en que encuentra en el proceso de acumulación la definición de sus posibilidades y sus límites, mediados por los componentes político e institucional. En años recientes y cada vez más, las políticas sociales son determinadas también por los intereses generados por los sectores empresariales, sea porque representan la posibilidad de consumo de las mercancías por ellos producidos (medicinas, equipos hospitalarios, etc.) o porque se generan formas empresariales de las prácticas y servicios sociales que dependen del financiamiento y/o de la regulación del poder público.

- **Un aparato institucional:** los intereses de los grupos sociales deben insertarse en la arena de la política pública, en la medida en que el Estado tiene roles fundamentales como formulador de políticas, garante de los derechos, proveedor, regulador y financiador. La materialización de las políticas sociales a través de instituciones y organizaciones concretas es también un factor que debe ser tomado en cuenta en el análisis de la determinación de las políticas sociales. Su traducción en estructuras organizacionales, culturas institucionales, capacidad humana y técnica instalada, recursos financieros disponibles.

- **Un campo de conocimientos y prácticas específicas:** las políticas sociales participan en el proceso de reproducción de la sociedad, produciendo instituciones y modalidades de práctica profesional, reproduciendo normas que definen los límites entre lo normal y lo patológico. Actuando como una red de micropoderes relacionada con la provisión de servicios sociales, las políticas sociales se caracterizan tanto por la incorporación, producción y reproducción de tecnologías y procesos, como también por el hecho de que el consumo o utilización del servicio es generalmente mediado por la presencia de un profesional.

“El resultado de las políticas sociales está profundamente determinado por las prácticas de interacción entre usuario y profesional, interacción que es, al mismo tiempo, un coloquio singular y una actualización/dramatización de las relaciones y estructuras sociales prevaletentes” (Fleury, 1999:9).

Este último espacio es el que se ha elegido para hacer la investigación, el del encuentro entre los equipos profesionales y los usuarios/pacientes, pues es en este escenario donde se termina de realizar (o no) la política que se busca implementar.

Más allá de las planificaciones desde los niveles centrales, más allá de las peripecias interminables que significa cualquier licitación para la compra de medicamentos, reactivos, preservativos, material educativo, etc., más allá de todos los esfuerzos que se inviertan en capacitación y publicaciones, es en el encuentro entre los usuarios y los equipos (mediatizados por los subsistemas públicos de salud de las diferentes provincias de nuestro país) donde alcanzarán su realización plena las políticas que tantos esfuerzos y recursos nos cuestan.

¿Y cuáles son esas políticas? La Dirección de Sida y ETS ha definido tres grandes ejes, que son:

- accesibilidad a la información actualizada sobre VIH-sida y a preservativos;
- accesibilidad al test de VIH y otras ITS, entendiendo el momento del diagnóstico como un espacio de articulación entre la prevención personalizada y el ingreso de la persona diagnosticada por alguna ITS al sistema asistencial;
- mejora en la calidad de la atención de las personas con VIH, lo que por supuesto incluye el componente vinculado a la mujer embarazada con VIH, su pareja y su futuro hijo.

Hay otros dos ejes que, si bien son de diferente nivel, se caracterizan por ser transversales a los procesos arriba mencionados. Estos son:

- disminución del estigma y la discriminación de grupos vulnerables; y
- mejoramiento de los procesos de producción y gestión de la información (gestión de datos).

Así, la investigación tuvo como lugares de interrogación a los equipos provinciales, los hospitales, las maternidades y los centros de salud. Las preguntas que se realizaron en estos cuatro lugares están referidas a los ejes arriba señalados.

1.5. Objetivos de la investigación diagnóstica participativa

En apartados anteriores se ha reseñado cuáles fueron los objetivos que desde el punto de vista de la política de la gestión motivaron el modo en el que se realizó la investigación (como herramienta o dispositivo de gestión).

Fundamentalmente se trataba de mejorar el conocimiento y la confianza entre los diferentes actores, así como de generar una primera experiencia de gestión compartida. A continuación, se detallan las dimensiones diagnósticas que se buscó estudiar con el trabajo.

1. Conocer las capacidades de gestión de los programas provinciales referidas a: constitución de los equipos, procesos vinculados a la distribución de insumos para la prevención y la asistencia, sistemas de registro y notificación, cantidad y cualidad de actores con quienes interactúan para lograr la respuesta preventivo-asistencial.

2. Identificar la proporción de los diferentes niveles de atención (maternidades, hospitales y centros de salud) que estaban brindando una respuesta preventivo-asistencial particularmente en la oferta y realización de la prueba de VIH.

3. Identificar el tipo de prestaciones preventivas y asistenciales que se realizaban desde los diferentes establecimientos públicos y la calidad de las mismas.

4. Detectar los diferentes tipos de obstáculos y las oportunidades sobre los que era preciso trabajar en el futuro, a fin de lograr una respuesta preventiva nacional adaptada a los requerimientos locales, orientada a garantizar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida e ITS.

5. Detectar los diferentes tipos de obstáculos y las oportunidades sobre las que era preciso trabajar en el futuro para mejorar la gestión en lo referido a procesos de monitoreo y evaluación, modos de registro y notificación de sucesos preventivos/asistenciales vinculados a la respuesta al VIH/sida e ITS.

2. Metodología

Desde su concepción, este estudio fue pensado como una *herramienta de gestión*; es decir, como un dispositivo transitorio que, más allá de los resultados puntuales que arrojará sobre la coyuntura, pudiera funcionar como mecanismo que promoviera el cambio de algunas formas *de pensar y de hacer* entre los actores involucrados en la respuesta al VIH/sida, algunos de los cuales formarían parte del equipo de investigación.

Esta intención, explicitada y compartida por todos los participantes –investigadores, responsables de programas y organismos financiadores–, atravesó el estudio desde el primer borrador hasta el encuentro de cierre en el que se presentaron los resultados. Del mismo modo, influyó en cada una de las decisiones metodológicas que se tomaron: la selección de dimensiones, los sitios a investigar, los actores que participarían, el modo en que se relacionarían entre sí, las técnicas e instrumentos de relevamiento de la información, la organización de los encuentros con los investigadores, el modo en que se encararía la resolución de problemas que aparecieran durante la etapa de campo, la devolución de los resultados, etc.

En función de los objetivos, se definieron cuatro ejes a indagar en tres tipos de unidades de análisis.

Ejes de indagación	Unidades de análisis		
	Programas jurisdiccionales	Hospitales/ maternidades	Centros de salud
Accesibilidad a información sobre el VIH/sida y preservativos	x	x	x
Accesibilidad a la prueba de VIH	x	x	x
Atención de personas con VIH	x	x	
Gestión de la información epidemiológica	x		

La investigación supuso la participación de tres tipos de actores con roles complementarios y responsabilidades específicas para cada uno:

a. El **equipo coordinador** del estudio, con sede en la ciudad de Buenos Aires, estuvo constituido por integrantes de distintas áreas de la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación. Sus responsabilidades consistieron en diseñar el estudio y las herramientas para recoger la información; seleccionar, capacitar y acompañar a los equipos que desarrollarían la investigación en cada jurisdicción; sistematizar los informes locales y producir un documento nacional con los principales hallazgos, que se recogen en esta publicación.

b. Los **jefes de los programas jurisdiccionales de VIH/sida**⁶ preseleccionaron a los investigadores de campo, les facilitaron los contactos y el acceso a los establecimientos relevados; participaron en la discusión de los cuestionarios de relevamiento y en la formulación de propuestas a partir de los resultados del diagnóstico en su jurisdicción. Desde el inicio se entendió que estos actores eran centrales, ya que la calidad de la información producida no sólo redundaría en un mejor diagnóstico nacional sino que les serviría a ellos mismos para tomar decisiones y mejorar la respuesta local.

c. Los **investigadores locales** también participaron de la discusión de los instrumentos y su principal responsabilidad fue realizar el trabajo de campo, enviar los cuestionarios al equipo de la DSyETS, analizar la información y elaborar un informe final con la participación de los jefes jurisdiccionales.

En conjunto, las distintas actividades que demandó la investigación se desarrollaron en el corto período que va de agosto a noviembre de 2008 y que, esquemáticamente, podemos presentar en tres momentos.

Del 01/08 al 15/09	Se conformó el equipo coordinador de la investigación en Buenos Aires que discutió y operativizó el proyecto. Se diseñaron los instrumentos de relevamiento, se seleccionaron los investigadores locales y se organizó y condujo un taller de lanzamiento, consenso y capacitación.
Del 15/09 al 05/11	Se desarrolló el trabajo de campo en cada jurisdicción con acompañamiento del equipo central.
Noviembre	Se realizaron análisis e informes en los niveles local y nacional, que fueron presentados en un taller de cierre a fin de ese mes.

⁶ Téngase en cuenta que las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires también serán llamadas aquí “jurisdicciones”.

La conformación del equipo de investigación fue la siguiente:

La investigadora principal fue Silvana Weller y los investigadores asociados fueron Ariel Adaszko, Carlos Falistocco, Mariela Huergo, Vanesa Kaynar, Irene Priegue, Fernando Silva Nieto, Juan Sotelo y Claudio Ziaurriz. Asesoraron Claudio Bloch, Eduardo Chávez Molina, Rodolfo Kaufmann y Liliana Orellana.

El equipo de investigadores locales estuvo integrado, en la provincia de Buenos Aires, por Alicia de Dios,* Laura Silvina Barrionuevo y Facundo García (Región Sanitaria I, Bahía Blanca); María Elena Harper* y Norma Servedía (RS IV, Pergamino); Susana Loza* y Marcelo Alejandro Beltrán (RS V, San Isidro); Mónica Lencina y Silvia Briñón (RS VI, Lomas de Zamora); Mónica Liliana Salas y Viviana Miño (RS VII a, La Matanza); Rómulo Barcos (RS VII b, General Rodríguez); Susana Levalle, Verónica Poncet y Andrea Silva (RS VIII, Mar del Plata); María Laura Yantorno (RS XI, La Plata). En Catamarca: Fabiana Olivatto* y María del Valle Nieto. En Chaco: Teresita Benítez* y Juan Carlos Quintana. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Adriana Basombrío,* Evelina Carrizo y Luciana Betti. En Chubut: Teresa Stella* y Virginia Inés Álvarez. En Córdoba: Hugo Roland* y Diosnel Siro Bouchet. En Corrientes: Claudia Campias* y Sandra Scivola. En Entre Ríos: Eduardo Elías* y Francisco Rodríguez. En Jujuy: Irma Norma Carrizo* y Estela Rosario Pimentel de Barrozo Pérez. En La Pampa: Patricia Estrella* y Érica Alejandra Montaña. En La Rioja: Judith Díaz Bazán* y Manuel Eduardo Mercado. En Mendoza: Víctor Bittar,* Carmen Soledad Mejías y Lisandro Soriano. En Misiones: Horacio Fabián Zelaya* y Nelson Orlando Fernández. En Neuquén: Ricardo Gaiser* y Claudia Patricia López. En Río Negro: María Sciulli* y Gladys Amadini Sánchez. En Salta: Cristina Pérez* y Nélica Analía Ester Acevedo. En San Juan: Enrique Aguilar,* Norma Gladys Gómez y Sandra Basso. En San Luis: Antonio Ferrara* y Juan Carlos Navarro. En Santa Cruz: Silvia Navarro* y María Carolina Germán. En Santa Fe: Raúl Bortolozzi,* Gustavo Adrián Papili y Pablo Martín Cruz. En Santiago del Estero: Baralide Páez* y Lucrecia Morán. En Tierra del Fuego: Patricia Padinger* y María José Méndez; y en Tucumán: Claudia Lucena* y Mirta Litvak de Cohen.

El apoyo logístico estuvo en manos de Paula Senejko, Romina Puntorello, Marisa Sadi, Jorge Zoccoli, Alfredo Broemser y Nelson Sombra.

* Jefe/a de programa.

A continuación describiremos los distintos momentos, decisiones y actividades del proceso de investigación, así como los roles de cada uno de los actores.

2.1. Etapa de diseño y puesta en marcha del estudio

Una vez que el proyecto fue consensado y revisado con los equipos técnicos de ONUSIDA⁷ y UBATEC⁸, se conformó un equipo de investigación de la DSyETS integrado por quienes tenían a su cargo la gestión de distintos aspectos involucrados en el estudio: prevención, diagnóstico, asistencia y gestión de la información epidemiológica. Cada uno, desde su *expertise*, contribuyó a pensar los problemas a indagar en su área y a generar los instrumentos necesarios para lograrlo.

En el marco de las reuniones de este equipo, se tomaron las decisiones que permitieron operativizar el proyecto original. Entre ellas, una de las más significativas fue que la investigación estuviera orientada a la descripción y análisis de procesos de trabajo vinculados con los ejes estratégicos de la DSyETS y no se transformara en, o fuera percibida como, una auditoría o un mero inventario de recursos disponibles en hospitales, centros de salud o laboratorios, como tantas veces había ocurrido en el pasado.

El interés era conocer los distintos escenarios en los que se desarrollan esos procesos, los actores comprometidos en ellos, los nudos, obstáculos y oportunidades para resolverlos. Como se indicó en el Capítulo 1, los interrogantes que se plantearon en cada eje estuvieron centrados en la accesibilidad de los usuarios a los recursos y no en un inventario de recursos o en sumatorias de procedimientos aislados.

Cada miembro del equipo coordinador debió recortar algunas dimensiones de los procesos que consideraba más relevantes, conteniendo la tentación habitual de querer preguntarlo “todo” en “todos lados”. Además, el recorte permitió adecuar las pretensiones a los tiempos y recursos de los que se disponía para el desarrollo de la investigación.

Así, el universo de estudio quedó definido como el *subsector público de salud* y se establecieron tres tipos de unidades de análisis: *centros d e sa lud, hospitales/maternidades y programas jurisdiccionales*.

⁷ Participaron de esta revisión Rubén Mayorga, Clarisa Brezzo y Gabriela de la Iglesia.

⁸ Participaron de esta revisión Rodolfo Kaufmann y Eduardo Chávez Molina.

El análisis para cada uno de los cuatro ejes estuvo centrado en:

a. Acceso a preservativos y material informativo. Se relevó en los tres tipos de unidades.

En relación con los preservativos: origen, volumen distribuido, puntos de entrega, accesibilidad geográfica, características de los lugares de distribución, modalidades de distribución, existencia de requisitos para retirarlos, cantidades estipuladas, servicios que participaban de la oferta.

En relación con el material gráfico: origen, volumen distribuido, diversidad de materiales distribuidos, producción local, accesibilidad geográfica, puntos de entrega, características de los lugares de distribución, modalidades de distribución.

b. Accesibilidad al testeo. Se relevó información en las tres unidades.

Provisión de insumos, mapeo de laboratorios que realizan cada tipo de estudio, accesibilidad geográfica a los sitios de testeo, existencia de política de testeo voluntario en la jurisdicción, existencia de centros o equipos especializados en testeo, criterio en cuanto al testeo de menores de edad, actores participantes en los circuitos de testeo, demora en los distintos pasos para la realización y obtención de resultados, circuito de confirmación de resultados, test no retirados, uso de test rápidos. Se relevaron dos circuitos de testeo y se buscó reconocer similitudes y diferencias entre ambos: en mujeres embarazadas y en el resto de los casos. Específicamente para el primer circuito, se incluyeron preguntas referidas a la oferta de la prueba a sus parejas y el pedido de VDRL en distintos momentos.

c. Calidad de atención a personas con VIH. Se relevó información en el programa jurisdiccional, en los hospitales y maternidades.

En el nivel jurisdiccional: mapeo de servicios públicos de salud que atienden a personas con VIH y tipo de prestaciones que realizan, beneficios sociales que reciben las PcVIH en la jurisdicción.

En los hospitales y maternidades: características de la oferta de atención en cada hospital (conformación de equipos, cantidad de infectólogos, disponibilidad de personal especializado en atención pediátrica, disponibilidad de un profesional especializado en el seguimiento de mujeres con VIH embarazadas, horarios, etc.), cantidad de pacientes en seguimiento y cantidad de quienes reciben medicación ARV, circuitos y obstáculos en la provisión y distribución de medicación, circuitos para estudios de carga viral y CD4, dificultades en la realización de interconsultas, derivaciones o estudios de alta complejidad a personas infectadas, existencia de otras ofertas además de la atención médica.

En relación con el seguimiento de las mujeres embarazadas: estrategias de

seguimiento, disponibilidad de medicación, leche de inicio e inhibidor de la producción de leche, asesoramiento anticonceptivo, seguimiento posparto de la mujer y del recién nacido, técnicas diagnósticas pediátricas.

d. Gestión de la información epidemiológica. Este eje sólo se indagó en los programas jurisdiccionales.

Circuitos de notificación de casos de infección y enfermedad, y nudos problemáticos; existencia de bases de datos epidemiológicas locales, características de las mismas; relevamiento sistemático de otro tipo de información, modo de uso de dicha información, existencia de estudios epidemiológicos a nivel jurisdiccional.

Cabe aclarar que también se incluyó una pregunta sobre acceso de población *trans* (travestis, transgéneros y transexuales) a las instituciones visitadas, así como sobre los procesos vinculados con la atención de accidentes cortopunzantes y violaciones.

Los criterios de selección de los efectores que iban a ser relevados fue otro tema de debate, ya que se buscaba que estuvieran representados los hospitales de mayor demanda y, a la vez, garantizar la heterogeneidad en cuanto al tipo de institución, distribución geográfica y subconjuntos poblacionales que a ellos acceden.

Finalmente, se decidió incluir diez establecimientos por jurisdicción –o región sanitaria– y se los eligió, en el caso de los hospitales y maternidades, en función del volumen de partos y, en el caso de los centros de salud, por el número de prestaciones.⁹ En lo posible, se intentó relevar algunos establecimientos por fuera de la ciudad capital de cada provincia, a fin de contar con un panorama más representativo de la heterogeneidad de la respuesta. Por ello, 10 fue el piso de instituciones a relevar por jurisdicción pero en algunos casos se incluyeron más lugares. El estudio abarcó finalmente 205 centros de salud y 127 hospitales/maternidades, 9 de los cuales eran maternidades.

Un tercer tema de debate fue el recorte temporal; específicamente, si se relevaría información sobre la respuesta durante el año 2008 (en el que se desarrollaba la investigación) o del año anterior. Los motivos de la polémica giraron en torno a que lo que se quería establecer era una línea de base al inicio de la nueva gestión (marzo de 2008) por lo que se necesitaba conocer la situación durante el

⁹ La selección se realizó en base a información provista por el Programa Remediar.

año anterior. Adicionalmente, un factor que se introdujo en las discusiones fue que debido a problemas en el abastecimiento de insumos para el área de prevención durante 2008, el diagnóstico sobre la respuesta en 2007 no reflejaría lo que estaba ocurriendo en ese momento. Finalmente, se optó por recoger información sobre el año 2007 porque permitiría contar con un panorama más general y no sesgado por un problema coyuntural que se produjo en algunas jurisdicciones durante 2008.

Una vez que se llegó a acuerdos básicos sobre los ejes a indagar y sus dimensiones, el recorte espacial, temporal y los criterios de selección de las unidades de estudio, se construyeron las preguntas para cada uno de los cuatro ejes, las cuales fueron luego volcadas en un cuestionario para cada uno de los tres tipos de organizaciones/instituciones que se iba a relevar.

Los cuestionarios estructurados tenían preguntas abiertas y cerradas, algunas cuantificables y otras de carácter cualitativo. Relevaban información sobre procesos, circuitos, actores, tiempos, listados de lugares, nivel de cobertura, traslados de personas, muestras o recursos, resultados de esos procesos y obstáculos.

Se esperaban como productos finales un informe de sistematización por cada jurisdicción y uno de nivel nacional.

2.2. Trabajo con los jefes de programas e investigadores

En forma paralela al diseño de los cuestionarios, se convocó a todos los jefes de los programas jurisdiccionales y de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires para participar del proyecto. A través de diferentes comunicaciones se les informó sobre la propuesta del estudio y se les pidió que realizaran una preselección de investigadores del nivel local y que enviaran sus currículum a la DSyETS. Se les indicó el perfil de los candidatos, la carga de trabajo que implicaría su participación y las modalidades de contratación. Se tomó como criterio que los candidatos tuvieran antecedentes en investigación, específicamente en el campo de la salud. La selección última de investigadores estuvo a cargo del equipo de nivel nacional. Respondieron al llamado las veinticuatro jurisdicciones y ocho de las doce regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

Realizada la selección de los investigadores, se los convocó junto a los responsables de los programas a un encuentro en la ciudad de Buenos Aires, a fin de presentar el estudio, revisar conjuntamente los cuestionarios –cuyas versiones preliminares les habían sido enviadas con anterioridad–, revisar el listado

de efectores a relevar y establecer el contacto personal de los jefes e investigadores con sus referentes del equipo coordinador.

En relación con este punto, cada uno de los integrantes del equipo coordinador tomó a su cargo la relación con un grupo de provincias y regiones sanitarias a fin de facilitar las acciones de investigación y las cuestiones de orden administrativo necesarias para desarrollar el trabajo. En términos generales –aunque no en todos los casos– esta “distribución” estuvo basada en el conocimiento previo de las personas que trabajaban en las jurisdicciones o bien en el conocimiento de las realidades sanitarias de los territorios. Así, se conformaron ocho agrupamientos, coordinados a su vez por Mariela Huergo, una de las investigadoras adjuntas: **1.** Ariel Adaszko para la ciudad de Buenos Aires, La Pampa y Santiago del Estero; **2.** Carlos Falistocco para Chaco, Catamarca y regiones sanitarias IV y V de la provincia de Buenos Aires; **3.** Vanesa Kaynar para Misiones, Entre Ríos, Corrientes y Santa Fe, **4.** Irene Priegue para Tucumán, Salta, Jujuy y RS VIII; **5.** Fernando Silva Nieto para las RS I, VI, VIIa¹⁰ y XI; **6.** Juan Sotelo para Mendoza, San Juan, San Luis y RS VII b; **7.** Silvana Weller para Córdoba, Chubut, La Rioja y Formosa;¹¹ y **8.** Claudio Ziaurriz para Tierra del Fuego, Santa Cruz, Río Negro y Neuquén.

El taller de lanzamiento de la investigación (15 y 16 de septiembre de 2008) reunió alrededor de 90 personas, entre jefes de programas, referentes de regiones sanitarias, investigadores locales, equipo de la DSyETS y responsables técnicos del Fondo Mundial, ONUSIDA y OPS. En primer término, distintos integrantes de la DSyETS presentaron el proyecto y su diseño general así como cada uno de los cuatro ejes a ser investigados. La dinámica consistió en presentar un eje y seguidamente analizar, en pequeños grupos y dentro de una pauta de tiempo, las secciones de los cuestionarios que a él se referían. Lo discutido era sistematizado y presentado por un participante en un plenario.

Algunos temas importantes que se trabajaron en el taller fueron:

- La meta no era realizar una auditoría a los efectores o programas provin-

¹⁰ En el transcurso de la investigación la Región Sanitaria VIIa pasó a ser denominada Región XII (La Matanza). Aquí se conservan las denominaciones tal como estaban planteadas al comienzo del trabajo.

¹¹ Cabe recordar que Formosa desistió de participar del proyecto una vez iniciado el período de visita a las instituciones.

ciales. Era preciso dejar en claro esta idea a fin de disminuir el nivel de ansiedad de los entrevistados. El interés estaba puesto en obtener información confiable de primera mano recuperando las voces y miradas de los actores de los procesos. Se enfatizó en la importancia de explicar a los informantes cuál era el motivo del estudio diagnóstico y cómo se utilizarían los resultados. También se planteó la importancia de realizar devoluciones de resultados a los sitios visitados.

- En relación con lo anterior, nos interesaba reconocer cómo funcionan y cuáles son las dificultades de los procesos reales, tanto formales como informales.
- Se trataba de una investigación por aproximación, esto es, para algunos indicadores se solicitaron valores aproximados. Por ejemplo: ¿cuántos preservativos aproximadamente distribuyeron durante 2007? o ¿cuánto es el tiempo mínimo y máximo para conseguir un turno para una extracción?
- Era posible que cada informante clave no conociera el proceso total sobre el que se le preguntaba; esto obligaba a buscar y consultar a más de una persona o incluso a dejar preguntas sin responder.
- Algunas preguntas podían generar desconcierto a los entrevistados. Por ejemplo: “¿Cuál es el método anticonceptivo que prefieren las mujeres con VIH?”.
- Se trabajó con un cuestionario semiestructurado con un conjunto de interrogantes limitado para cada proceso. Al final de cada bloque de preguntas (ejes) había un espacio para observaciones en el cual los investigadores podían anotar impresiones u otra información que consideraran relevante y que luego podían exponer en sus informes.

Los resultados más relevantes del taller fueron la revisión minuciosa de los cuestionarios y la incorporación de varias propuestas formuladas por los participantes, la revisión de los listados de instituciones a relevar por jurisdicción y los criterios para su modificación, así como acuerdos sobre las modalidades y el cronograma de trabajo.

Se convino que luego se les enviaría los cuestionarios con las modificaciones consensuadas y que un mes después –al promediar el trabajo de campo– se remitiría a cada investigador un modelo de informe final. A su vez, los investigadores se comprometieron a enviar semanalmente los cuestionarios completados a quienes se encargarían de acompañarlos desde el equipo de la DSyETS, y a elaborar y enviar a Buenos Aires el informe final antes de mediados de noviembre, aproximadamente dos meses luego del encuentro de apertura.

Al concluir el taller, a cada investigador se le entregó una carta de presentación firmada por el director de la DSyETS y el jefe de cada programa provincial, para facilitar su entrada en los efectores.

Durante las dos semanas que siguieron al taller, el equipo de la DSyETS incorporó los cambios consensuados con los participantes en el encuentro y preparó los cuestionarios organizados según tipo de institución relevada. Entretanto, los jefes de programa e investigadores locales presentaron los cambios en el listado de efectores propuesto desde el nivel central para relevar en cada jurisdicción. Los principales cambios sobre la propuesta original se basaron en la necesidad de incluir hospitales pediátricos y especializados en atención de personas con VIH, que no habían sido inicialmente contemplados.¹² También en algunas jurisdicciones de incluyó a efectores de ciudades que no estaban consideradas en el diseño original, decisión motivada por el propio interés de los programas. Se conservó el mínimo de 10 efectores por provincia o región, aunque varias provincias decidieron relevar más sitios.

2.3. El trabajo de campo, análisis y elaboración de informes

Una vez incorporados los cambios consensuados en el taller, se enviaron desde la DSyETS las versiones finales de los cuestionarios y sendos formularios digitales para que los investigadores transcribieran en ellos los datos recogidos en sus entrevistas y los remitieran por correo electrónico a Buenos Aires.

El trabajo de campo pudo ser desarrollado según los tiempos estipulados de común acuerdo, por todos los investigadores; cuestión que, como es de esperar, suscitó una gran cantidad de situaciones particulares cuya exposición excede los objetivos de este capítulo. De modo general, la forma en la que se desarrolló el trabajo implicó los siguientes pasos: establecimiento de contacto del jefe de programa y/o de los investigadores con personas referentes de los establecimientos de salud, formulación de una agenda de visitas, contacto con los lugares de modo presencial y toma de entrevistas con por lo menos un informante clave por institución.

En el caso de los centros de salud, la persona entrevistada solía ser el jefe de centro o la persona que este indicara. En el caso de los hospitales y maternidades, el relevamiento fue más complejo, ya que era preciso entre-

¹² Inicialmente los hospitales habían sido seleccionados según cantidad de partos, por lo que no se habían incluido efectores especializados en pediatría o en infectología.

vistar a por lo menos tres personas por efector: laboratorio, consultorio de atención de personas con VIH y consultorio de atención de mujeres embarazadas. En varios casos fue preciso realizar más de una visita a los lugares a fin de completar todos los campos de los instrumentos. Cuando faltaron datos puntuales, se realizaron contactos telefónicos.

En el marco del taller de cierre, los investigadores refirieron que en líneas generales fueron muy bien recibidos en los lugares. En muchos casos estas visitas eran parte de la rutina habitual de los programas jurisdiccionales y, en otros, la investigación significó el primer contacto de los efectores (o de los entrevistados) con alguna persona del programa jurisdiccional.

En muy pocos casos no fue posible para el investigador ingresar en la institución o completar el formulario. En esas situaciones, esos lugares fueron reemplazados por otros similares preestablecidos en el listado de cada jurisdicción.

Los investigadores tomaban notas en las entrevistas y luego volcaban la información en los formularios electrónicos que enviaban semanalmente a la DSyETS por correo electrónico.

Cada investigador de la DSyETS tenía la responsabilidad de revisar los instrumentos que recibía. Cuando el referente encontraba algún problema con el cargado de los datos –información faltante, inconsistencias, etc.–, se contactaba con el investigador a fin de que ratificara o rectificara la información. En algunos casos, los cuestionarios eran revisados por más de un referente del equipo coordinador, a fin de contar con una segunda opinión sobre la interpretación de los datos o tomar de decisiones con respecto a si era preciso repreguntar a los investigadores locales. Una vez supervisados, los cuestionarios electrónicos se almacenaron clasificados por jurisdicción para su posterior procesamiento.

Durante las semanas que duró el trabajo de campo, el equipo coordinador mantuvo reuniones semanales para monitorear la marcha del proceso de investigación,¹³ en las que se generaban criterios para sortear los problemas que aparecían sobre la marcha del trabajo.

Algunos cuestionarios que enviaban los investigadores desde las provincias revelaron la existencia de problemas de gestión. A medida que fueron surgiendo, se los remitió a las áreas respectivas de la DSyETS para su resolución.

El informe final por jurisdicción estaba estructurado en: metodología

¹³ En algunas de las reuniones participaron miembros del equipo técnico de UBATEC.

(incluyendo el listado definitivo de los efectores que participaron de la investigación), principales hallazgos para cada uno de los cuatro ejes abordados y, finalmente, una sección de reflexiones y propuestas. En relación con esta última, se indicó a los investigadores y jefes locales que discutieran y consensuaran las propuestas y prioridades de acción para el año siguiente. Dado que el trabajo de campo finalizó la primera semana de noviembre, los investigadores tuvieron una semana entre el momento en que enviaron el último cuestionario y la fecha límite para entregar su informe final.

Los informes finales fueron recibidos y sistematizados por el equipo de investigación de la DSyETS para ser presentados el segundo día del taller de cierre de la investigación.

A la vez que los investigadores elaboraban sus informes, el equipo de la DSyETS se abocó al procesamiento y análisis de algunos de resultados para establecer un cuadro comparativo a nivel nacional. Para ello, se seleccionaron algunas variables y se cargó esa información en una base de datos Access. Se eligieron principalmente preguntas con respuestas cuantificables. Algunas eran respuestas precodificadas y otras fueron cerradas en esa instancia.

2.4. Presentación de resultados y cierre

El proyecto finalizó con un segundo taller los días 20 y 21 de noviembre en un hotel de la ciudad de Buenos Aires. En función del espíritu que guió todo el trabajo, es decir, pensar la investigación como una herramienta de gestión, el encuentro se organizó respetando los dos objetivos: la conversación sobre los principales hallazgos y la formulación de lineamientos de trabajo para el año 2009.

El primer día se distribuyó a los participantes en ocho grupos para conversar sobre los resultados de cada eje y el proceso de investigación, para luego poner en común el conversado con el resto de los grupos. La única modificación en relación con el taller de apertura fue que se intentó agrupar a las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires que participaron de la investigación.

En la segunda jornada se realizó una presentación a cargo del responsable de Monitoreo y Evaluación de UBATEC (receptor principal del Fondo Mundial en Argentina). Luego, dos miembros del equipo de la DSyETS expusieron la sistematización de los informes finales jurisdiccionales, centrándose en los principales hallazgos, positivos y negativos, y en las propues-

tas a futuro. A continuación, los representantes de ONUSIDA y OPS formularon sus observaciones a partir de estos resultados, destacando aspectos salientes y sugiriendo líneas a futuro.

La segunda parte de la mañana estuvo destinada a la presentación de los nuevos materiales preventivos que fueron producidos por la Dirección de Sida con apoyo financiero de UBATEC (Proyecto 584 – Prevención y promoción del testeo voluntario con asesoramiento). Luego de la presentación de estos nuevos insumos, se desarrolló un plenario en el que se pudo pensar de modo conjunto los mejores modos de distribuir los materiales en el país.

3. Resultados de la investigación diagnóstica

En este capítulo se presentan los resultados del procesamiento de la información recogida en el trabajo de campo en 22 provincias: Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Tucumán, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y ocho regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires: I, IV, V, VI, VII a, VII b, VIII y XI.

En conjunto, se relevaron 332 efectores públicos de salud, seleccionados según las decisiones explicitadas en el capítulo anterior (205 centros de atención primaria de la salud, 118 hospitales y 9 maternidades). En el caso de los programas jurisdiccionales, se consideró para la mayoría de los aspectos estudiados la información provista por los 20 programas provinciales¹⁴ y por el programa de la ciudad de Buenos Aires.

Cabe aclarar que las respuestas que ofrecieron los informantes clave estaban fundadas en sus conocimientos y experiencias y no siempre fueron cotejadas con registros sistemáticos.

La presentación de los resultados que haremos a continuación está organizada a partir de los cuatro ejes que guiaron la realización de la investigación: accesibilidad a preservativos y material gráfico, accesibilidad al diagnóstico de VIH y sífilis, atención de personas con VIH y gestión de la información epidemiológica.

Los resultados relacionados con la gestión de los preservativos desde el nivel jurisdiccional, información sobre número de establecimientos sanitarios que atienden y/o distribuyen medicación a personas con VIH, y gestión de información epidemiológica corresponden exclusivamente a las indagaciones realizadas en los programas jurisdiccionales.

3.1. Accesibilidad a preservativos y material informativo

3.1.a. Gestión de los preservativos en el nivel jurisdiccional

Con respecto a la provisión de preservativos durante el año 2007, los 20 pro-

¹⁴ La provincia de Catamarca no completó el instrumento que se aplicaba sobre el programa jurisdiccional.

gramas provinciales y el programa de la ciudad de Buenos Aires indicaron que recibieron preservativos de la DSyETS¹⁵ (ver Tabla 1 en página 75). Nueve programas habían recibido también preservativos del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida a través de su Receptor Principal en Argentina (UBATEC S.A.). Solamente seis jurisdicciones refirieron haber realizado compras con presupuesto propio: la ciudad de Buenos Aires, Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro y Mendoza. Dos jurisdicciones mencionaron haber recibido también preservativos distribuidos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR): Santa Cruz y Santiago del Estero.

Como se observará más adelante, la realidad de los establecimientos sanitarios de cada provincia difiere respecto de la de los programas jurisdiccionales, ya que muchos hospitales, maternidades y centros de salud reciben preservativos tanto de la DSyETS como del Programa de SSyPR en función de los diferentes desarrollos que cada uno de estos tiene en las distintas zonas.

Con referencia al número de *preservativos distribuidos por los programas durante el año 2007*, sólo tres de ellos no pudieron indicar una cifra precisa (Chaco, Misiones y Neuquén). Los demás mencionaron cantidades que iban de un mínimo de 40.000 (Tierra del Fuego) a un máximo de 5.933.823 (ciudad de Buenos Aires).

Los cuestionarios contenían preguntas que apuntaban a conocer las *modalidades de distribución* y la existencia, característica y alcance de las políticas de acceso a este recurso en cada provincia (capacidad logística de cada jurisdicción de distribuir preservativos, cobertura de la llegada medida en términos de localidades alcanzadas por fuera de las ciudades capitales, disponibilidad de preservativos en puntos fijos de distribución).

Los resultados mostraron que 11 programas no contaban con ningún medio de transporte o envío desde sus depósitos a los lugares de dispendio, de modo que todas aquellas organizaciones que accedían a los preservativos lo hacían a través de sus propios recursos (actores que contaban con capacidad logística para retirar material), y 10 jurisdicciones refirieron tener algún mecanismo de entrega a los sitios.

A los programas provinciales (20) se les preguntó si los preservativos llegaban a localidades que estuvieran más allá de la ciudad capital. Sólo tres respon-

¹⁵ En ese momento la DSyETS se llamaba Programa Nacional de Sida.

dieron que no (Entre Ríos, La Pampa y La Rioja). Neuquén respondió que sí distribuía preservativos por fuera de la capital provincial, pero no pudo indicar el número de localidades. Los demás dieron números que iban desde 3 hasta 49 localidades.

Para indagar sobre las políticas de acceso que promovían los programas, se preguntó por la proporción de los preservativos que se habían distribuido durante el 2007 en puntos fijos, en eventos y de otras formas (talleres, actividades de capacitación, etc.). Nuevamente se registraron enormes variaciones de jurisdicción en jurisdicción. A modo de ejemplo, la ciudad de Buenos Aires, Neuquén y Chaco presentaron valores superiores al 80% de distribución en lugares fijos. Jujuy, Mendoza y Corrientes fueron los distritos donde la mayor distribución se realizaba en eventos. La Pampa fue la provincia que tenía mayor proporción de reparto en la forma de “otras modalidades”.

Finalmente, se consultó por el número de puntos fijos de distribución en cada jurisdicción. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires reportó 380 lugares fijos para el año 2007; Salta, Jujuy y Tucumán entre 86 y 124 lugares. Los restantes distritos informaron cantidades que fueron desde 4 a 74 lugares. Siete jurisdicciones no respondieron a esta pregunta, lo que puede deberse ya sea a que no conocen el número como a que no desarrollaron una política en este sentido (Chaco, Corrientes, Neuquén, Río Negro, San Juan, Santa Cruz y Santa Fe).

3.1.b. Distribución de preservativos desde los efectores públicos de salud

El 99% de los centros de salud,¹⁶ el 92% de los hospitales y el 78% de las maternidades involucradas en la investigación refirieron haber entregado preservativos durante el año 2007 (Tabla 2).

Cuando fueron consultados por el número de preservativos distribuidos durante el período bajo observación, el 77% (255) efectores (el 85% de los centros de salud y el 62% de los hospitales) pudieron informar una cantidad. Esta

¹⁶ Dentro de la categoría “centros de salud” se incluyen aquellos efectores que fueron referenciados como U.P.A.S. (unidades primarias de atención de la salud), C.A.P.S. (centros de atención primaria de la salud), Ce.S.A.C. (centros de salud y acción comunitaria), U.S. (unidades sanitarias), C.I.C. (centros integrados comunitarios) y U.A.P.M. (unidad asistencial periférica municipal).

capacidad de respuesta no necesariamente dependía de la existencia de un registro sistemático de entregas pues, como ya anticipamos, no se requirió un cotejo con fuentes de verificación (remitos, planillas, etc.).

Los efectores relevados indicaron que durante 2007 habían entregado 3.726.358 preservativos. En la Tabla 3 se refleja dicha distribución según la jurisdicción, los efectores y las cantidades mínimas y máximas. El 75% de las instituciones distribuyó 10.000 preservativos o menos a lo largo de dicho período. Se observa también la heterogeneidad entre los efectores respecto de valores mínimos y máximos.

En cuanto a los proveedores de los preservativos, el 40% de los efectores los había recibido de la DSyETS y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR), el 24% sólo de DSyETS y el 10% refirió otras fuentes. En relación con esto último, se observa que los entrevistados tenían escasa claridad respecto de los proveedores y formas de financiamiento de las compras del insumo. Los datos procesados permiten observar que el principal proveedor de los centros de salud era el programa de SSyPR y el de los hospitales era la DSyETS.

La investigación permitió acceder tanto a datos cuantitativos como a información acerca de cómo fueron distribuidos estos preservativos. En este sentido, se indagó acerca de las *modalidades de entrega* a partir de una pregunta de respuesta múltiple. Del total de efectores, se observa que la modalidad más frecuente era la entrega de preservativos a través del ingreso a una consulta. Es así que el 55% (176 efectores) los distribuía en el marco de una consulta, el 33% (103) los entregaba en mano en espacios públicos y el 29% (91) los distribuía por medio de canastas o dispensers. Fueron referidas otras modalidades de entrega entre las que se destacan por su frecuencia: distribución desde servicios de farmacia, enfermería y laboratorio; entrega en domicilio y en eventos locales (charlas, actividades barriales y culturales).

Es importante destacar que el 78% (81) de los efectores que dijeron tener un servicio específico para atender a personas con VIH tenía implementada en esos lugares la entrega de preservativos.

Del total de efectores que participaban de la distribución, el 25% refirió que existían requisitos para el acceso a los preservativos. Entre ellos: contar con receta médica, estar bajo el programa de SSyPR (en los casos en que el insumo provenía de ese programa) y acceder a una consulta médica. La Tabla 4 muestra la distribución por jurisdicciones de la existencia de requisitos para acceder a los preservativos.

3.2. Distribución de material gráfico preventivo desde los efectores públicos de salud

El 79% (262) de los efectores refirió contar con algún tipo de material gráfico para el trabajo en promoción y prevención. Cabe destacar que no se registraron variaciones significativas por tipo de efector. La Tabla 5 muestra la presencia de material gráfico en los efectores según jurisdicción.

En la Tabla 6 se presenta el número de efectores por jurisdicción involucrados en la distribución de los materiales gráficos, según tipo de información (material que promueve el test de VIH, material que promueve el uso de preservativo, material que previene transmisión vertical, material con información sobre ITS, material que brinda información general sobre VIH/sida), durante el año 2007.

Cabe destacar que fue referida la distribución de otros materiales gráficos: afiches para escuelas, adherencia al tratamiento, atención a través de la línea telefónica, salud sexual y reproductiva, material para adolescentes.

En la mayoría de los casos los entrevistados informaban que la llegada de material gráfico a los establecimientos era absolutamente esporádica.

3.3. Accesibilidad al test de VIH y al diagnóstico de sífilis

Lograr que los diagnósticos de VIH y sífilis sean accesibles para la población en general, y para las mujeres embarazadas y sus parejas en particular, constituye el pilar esencial de una política preventivo/asistencial de estas enfermedades. A diferencia de otros países, Argentina no ha implementado todavía –con honrosa excepción de algunos distritos– una política de promoción de testeo voluntario con asesoramiento previo y posterior, y sostenida en el tiempo (si bien prácticamente todos los distritos han realizado acciones esporádicas de promoción); esta política es considerada la “mejor práctica” en función de los lineamientos y evidencias internacionales.

Es por ello que en la investigación se exploraron algunas dimensiones que definen el mejor o más dificultoso acceso al diagnóstico, así como la calidad de este procedimiento.¹⁷ Estas dimensiones fueron: cantidad de lugares que ofrecen

¹⁷ En futuras investigaciones se focalizará el estudio de implementación del testeo voluntario con asesoramiento previo y posterior al test en aquellos distritos que han desarrollado esta política.

el test de VIH, cantidad de lugares que realizan extracciones de sangre, personas (profesionales o no) autorizadas dentro de la institución para ofrecer el test, existencia de equipos especializados en asesoramiento pre y post test, presencia de consentimiento informado a la hora de ofrecer o realizar el test de VIH, requerimientos de edad mínima para el acceso de los niños y jóvenes al test sin estar acompañados por un adulto, oferta de test de VIH a las parejas sexuales de las mujeres embarazadas y tiempos transcurridos entre que un profesional o una persona solicitan un test y se obtiene el resultado.

Los resultados más salientes fueron:

Sobre 205 centros de salud, el 97% (198) refirió ofrecer el test de VIH (sólo 7 centros respondieron que no realizaban esa oferta) y el 62% (128) refirió realizar extracciones para VIH. Todos los hospitales y maternidades bajo estudio realizaban las pruebas.

En todos los efectores (332) se preguntó si estaba funcionando algún equipo organizado y especializado en asesoramiento pre y/o post test de VIH.¹⁸ En el 25% de ellos había un equipo especializado. El fenómeno fue mucho más frecuente en los hospitales (39%) que en los centros de salud (17%).

Una variable importante relacionada con la accesibilidad a los servicios de salud y considerada en la investigación fue la *edad* a partir de la cual una persona podía acceder al test de VIH sin la autorización de un adulto (ver Tabla 7).

Fue una de las preguntas que resultaron más incómodas para responder y su respuesta mostró enormes variaciones de criterios entre los entrevistados de un mismo establecimiento, entre diferentes establecimientos de una misma jurisdicción y entre los establecimientos de las diferentes jurisdicciones. Esta pregunta era “abierta” y en la tabla se muestran las respuestas agrupadas por las categorías más frecuentes.

Los resultados más salientes que surgen de la Tabla 7 son:

¹⁸ Se entiende como equipo organizado y especializado al conjunto de personas de diferentes disciplinas y experiencias (y en lo posible que incluya personas con VIH) que orienta a una comunidad en cuanto al acceso, oferta y asesoramiento para el test de VIH. El asesoramiento es una estrategia muy importante para la prevención del VIH que trasciende el ámbito del análisis. Es una instancia de diálogo basado en una relación de confianza que tiende a proporcionarle al consultante condiciones para que evalúe sus propios riesgos, tome decisiones y encuentre el camino para enfrentar sus problemas, dudas o inquietudes relacionadas con el VIH/sida en un marco de construcción de ciudadanía y en la plena utilización de sus derechos.

Aproximadamente un cuarto de los efectores no colocaba ninguna barrera a los niños o jóvenes que acudían sin un mayor a la hora de realizarse un test.

Un tercio de los efectores exigía la presencia de un adulto, aun en el caso de realizar el análisis a una joven embarazada.

Aproximadamente un 10% de los efectores sólo realizaba el test sin adultos cuando la persona que lo necesitaba era mayor de 21 años (es decir, un adulto).

Habría una mayor flexibilidad para hacer el test sin presencia de adultos en el caso de jóvenes embarazadas. El 57% de los efectores indicó que a partir de los 14 años atiende sin acompañamiento adulto a una chica embarazada, mientras que esa proporción sólo se alcanza en el caso de las personas no embarazadas alrededor de los 16 años.

Con respecto a la modalidad de la oferta de test a las mujeres embarazadas (más allá de sus edades) se observó que:

- En el 23% de los lugares se trabajaba sin consentimiento informado.
- En el 66% de los centros de salud sólo podía pedirle el test a una mujer embarazada un médico. En el 31% de los hospitales, lo pedía cualquier profesional del equipo de salud (lo que implica un mayor protagonismo de las obstétricas). Sólo el 4% de los efectores (14) dijo que cualquier persona del equipo de salud podía pedir el test, cuestión que incluye la participación, entre otros, de los promotores de salud.

Con respecto a la oferta de test de VIH a la pareja de la mujer embarazada (ver Tabla 8), es importante destacar que el 38% de los efectores respondió que solicitaba de modo habitual el test a la pareja, y esto ocurría de modo más frecuente en los centros de salud. El 29% ofrecía el test a la pareja sólo en el caso en que a la mujer se le confirmara un diagnóstico positivo, mientras que el 26% no pedía en ningún caso el test a la pareja de la mujer embarazada.

La realización de un test de VIH involucra diferentes pasos: momento de encuentro del equipo con el usuario en que se realiza el pedido de test con firma del consentimiento informado, extracción de sangre, devolución de resultados.

La investigación detectó lugares donde estos pasos podían realizarse en un solo día (siempre y cuando el resultado del test de Elisa fuera no reactivo). Para el resto de los sitios:

- En el 75% de los lugares el tiempo entre el pedido del test y la extracción iba de 5 a 14 días como máximo.

- En el 75% de los lugares el tiempo transcurrido entre la extracción y la disponibilidad del resultado para el usuario fue de 7 a 15 días.

A continuación se presenta una serie de resultados sobre los circuitos de testeo para las mujeres embarazadas.

- El 74% de los hospitales y maternidades relevadas en este estudio refirieron utilizar test rápidos para el diagnóstico de VIH.

Respecto al diagnóstico de sífilis, tanto en los hospitales como en los centros de salud se indagó sobre la realización de la prueba de VDRL de rutina a las mujeres embarazadas y a sus parejas:

- El 92% de los establecimientos incluía VDRL en la rutina de análisis de las mujeres embarazadas.
- El 20% de los establecimientos solicitaba rutinariamente VDRL a la pareja de la mujer.
- El 62% hacía VDRL de rutina a mujeres en su puerperio (pregunta realizada sólo en hospitales y maternidades).

Con respecto a la proporción aproximada de mujeres que llegaban al parto con serología para VIH, se observó que de las 94 instituciones que dijeron hacer seguimiento a mujeres embarazadas infectadas, el 26% (un cuarto) no pudo ofrecer un valor y el 74% sí pudo hacerlo. De estos últimos, en promedio indicaron que el 84% de las mujeres llega al parto con una serología para VIH conocida.

Se pidió también a los informantes si podían dar una proporción de los test de VIH que eran pedidos pero que no eran retirados por los usuarios. Sólo 56 efectores estimaron una proporción de resultados no retirados, que en promedio se ubicó en el 22%. El resultado no esperado de esta pregunta fue que muchos entrevistados indicaron que cuando los resultados de la prueba eran positivos, se establecía contacto con la persona. Es decir que parecería una práctica habitual en algunos lugares localizar a las personas que tienen resultados reactivos.

3.4. Atención de personas con VIH

Para contar con un diagnóstico sobre cómo se estaba desarrollando la atención de PcVIH en el país, se recabaron datos tanto de los programas

jurisdiccionales como de los efectores de salud, fundamentalmente hospitales y maternidades.

En la Tabla 9 se puede observar de modo sistematizado la información que brindaron los programas jurisdiccionales con respecto al número de establecimientos que atendían pacientes adultos, niños y mujeres embarazadas con VIH. También se recabó información sobre el número de efectores desde los cuales las PcVIH podían retirar medicación.

Existe una diversificación importante de los lugares donde se distribuyen medicamentos antirretrovirales (ARV). En algunas jurisdicciones se han incluido como sitios de provisión efectores que no necesariamente intervienen en la asistencia, lo que mejora la accesibilidad a este recurso. Esta política se ha adoptado en la ciudad de Buenos Aires, las provincias de Entre Ríos, Jujuy, Salta y Santa Fe, y en las regiones sanitarias V, VII b y XI de la provincia de Buenos Aires.

Siguiendo con la *distribución de medicamentos*, puede observarse que en algunas jurisdicciones (por ejemplo en las provincias de Córdoba y Neuquén) se realiza desde pocos lugares en relación con aquellos que existen para la atención de personas con VIH.

Otra observación de índole general es la referida a la *atención de las mujeres con VIH embarazadas*. La respuesta histórica implicó la atención de esta población en espacios especializados y ubicados en las ciudades de mayor densidad poblacional. Según la información referida por los programas jurisdiccionales implicados en la investigación, se observa que las posibilidades de atención de las mujeres con VIH embarazadas en efectores públicos de salud se diversificó, involucrando no sólo a maternidades sino también, por ejemplo, a hospitales generales de agudos.

En relación con los lugares de *atención pediátrica* y también teniendo como fondo de comparación la respuesta histórica al problema, se aprecia que en muchas jurisdicciones se ha ampliado el número de efectores; en otros, este aumento quedaría pendiente.

Además de la información provista por los programas jurisdiccionales, las indagaciones correspondientes a este eje fueron realizadas en los 118 hospitales y las 9 maternidades. De ellos, el 82% (104) refirió realizar seguimiento infecciológico de las personas con VIH. Estos establecimientos realizaron, durante 2007, el seguimiento clínico de 26.670 personas.

El número de efectores de salud que tenían personas bajo tratamiento anti-retroviral (ARV) era levemente inferior (99 instituciones de salud). El total de los

pacientes en seguimiento con medicación fue de 14.343 personas, lo que significa que en estos 99 efectores se atendía más de la mitad de las personas que estaban bajo tratamiento con medicación provista por la DSyETS. La Tabla 10 refleja los datos referidos, organizados por jurisdicción.

Con respecto a la *atención del embarazo/parto/puerperio de mujeres con VIH*, de los 127 hospitales y maternidades que conformaron el universo de estudio, el 74% (94) refirió atender y realizar seguimiento del embarazo de mujeres con VIH. Sin embargo, a lo largo de 2007, fueron 72 efectores (57%) los que efectivamente atendieron a mujeres en esa situación. Las 72 instituciones realizaron el seguimiento durante 2007 de 944 mujeres con VIH y realizaron 898 partos de mujeres seropositivas.

En cuanto a los recursos para la atención de estos partos, el 98% de los efectores dispuso de leche de inicio, el 92% tuvo siempre disponibilidad de AZT en ampollas, el 90% tuvo siempre disponibilidad de AZT en jarabe y el 87% dispuso de inhibidor de la producción de leche. Cabe destacar que este último recurso no es provisto por la DSyETS, sino que es adquirido por cada jurisdicción. Además, ante la pregunta que buscaba conocer la utilización de test rápidos, el 75% de los efectores refirió que los utilizaba. La Tabla 11 muestra información acerca de la disponibilidad de los recursos en cada una de las jurisdicciones.

En relación con la *atención de niños con VIH*, de los 118 hospitales, el 43% (51 efectores) refirió realizar atención pediátrica a partir del momento del parto, en tanto que en el resto de los sitios, una vez que se confirmaba un diagnóstico de ese tipo, los niños eran derivados a otros hospitales.

Hubo diferencias en cuanto a las técnicas de diagnóstico pediátrico utilizadas en cada establecimiento. El 80% de los efectores tuvo acceso a técnicas de PCR para el diagnóstico, el 14% utilizó cargas virales como alternativa a la PCR, el 3% utilizó AgP24 y el 3% restante sólo utilizó técnicas serológicas como Elisa, Ag partículas/Western Blot para llegar al diagnóstico definitivo. Casi la totalidad de las jurisdicciones utilizaba técnicas correctas de diagnóstico aunque no está explicitado si estos eran realizados de forma oportuna y a la totalidad de los niños expuestos.

Con la perspectiva de conocer la *modalidad de atención de personas con VIH*, se indagó acerca de la conformación de los equipos de trabajo. El 58% (60) de los efectores informó que trabajaban en equipo multidisciplinario. Otro 26% refirió

que realizaban el trabajo por medio de equipos conformados por profesionales exclusivamente del área biomédica. Finalmente, el 13% refirió que la atención de las personas con VIH era unipersonal (ver Tabla 12).

Ante la pregunta acerca del lugar donde podían retirar los medicamentos las personas que estaban en seguimiento y habían iniciado tratamiento ARV, el 89% de los efectores respondió que era en la misma institución a la que concurrían para la atención. Además, en el 73% de los efectores, la persona que entregaba la medicación era un profesional farmacéutico y en el 27% restante la entrega estaba a cargo de personal administrativo (10%), personal del servicio de infectología (10%), personal técnico de farmacia (5%) y enfermeros (2%).

Otro aspecto de la atención de las PcVIH fueron los circuitos de pedidos de estudios de recuento viral y de CD4. Fueron consideradas tres instancias en el proceso: tiempos entre solicitud y autorización, tiempos entre autorización y extracción, y tiempos entre extracción y disponibilidad de los resultados. A continuación se muestran los tiempos mínimos y máximos en el caso del pedido de cargas virales que refirieron los efectores que solicitan ese tipo de estudios.

Demora promedio en días para CV	Tiempo mínimo	Tiempo máximo
Entre la solicitud y la autorización	19 días	40 días
Entre la autorización y la extracción	7 días	16 días
Entre la extracción y el resultado	23 días	37 días

A partir de estos datos se infiere que, para el proceso comprendido entre la solicitud de carga viral y la obtención del resultado, el *tiempo mínimo promedio* de demora es de 49 días y el *tiempo máximo promedio* es de 93 días.

Tal como ya fuera señalado, es importante mencionar que en el 78% (81) de los efectores donde concurren personas con VIH se entregaban preservativos como parte de la atención en los consultorios o servicios donde se hace el seguimiento infectológico. También se encontró que un 17% de los efectores distribuyó material gráfico de prevención para PcVIH o material de prevención secundaria, la mayor frecuencia de la distribución de este tipo de recurso se observó en los hospitales (31%).

3.5. Gestión de la información epidemiológica

La indagación sobre este eje estuvo centrada en los circuitos de notificación epidemiológica y en la detección de obstáculos en este proceso. Adicionalmente, se consultó si los programas recogían otro tipo de información de modo sistemático y si conocían estudios de seroprevalencia o comportamentales de la población de sus jurisdicciones.

Todas las jurisdicciones de nivel provincial estudiadas (21) tenían base de datos de notificaciones, aunque cuatro informaron que las mismas no estaban en soporte electrónico. De las diecisiete provincias que tenían los datos informatizados, la mitad realizaba la carga en Epi Info y la otra mitad utilizaba Excel. Una jurisdicción informó que además empleaba una base Access y otra que utilizaba DBase.

Dieciséis indicaron que sus sistemas de información eran capaces de identificar de entre esas notificaciones cuáles correspondían a nuevos diagnósticos por año y cuáles eran actualizaciones de enfermedades marcadoras. Sin embargo, cuando se les solicitó a los investigadores que proporcionaran esa información, cuatro de los dieciséis no pudieron hacerlo.

La información proporcionada por las jurisdicciones diverge de la disponible en la Dirección de Sida y ETS. En conjunto, las jurisdicciones que enviaron información sobre nuevos diagnósticos tenían, entre los años 2001 y 2007, alrededor de 1.500 diagnósticos más que los que constaban en la base del nivel nacional. En este cálculo no están computadas las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, por lo se infiere que la diferencia debe ser aun mayor.

En cada provincia, el *circuito de notificación* comenzaba en la producción del dato en los efectores. Las fichas eran completadas a veces directamente por los médicos y otras, por personal administrativo. En las provincias con poca cantidad de pacientes o donde la atención estaba centralizada en un solo lugar, podía ocurrir que la notificación fuera producida por el propio programa.

Las fichas iban transitando por las distintas dependencias de modo ascendente hasta llegar, vía correo postal, a la Dirección de Sida. En general la notificación se enviaba desde el programa provincial a la DSyETS, aunque algunas provincias la remitían a la Dirección de Epidemiología de su jurisdicción, organismo que se encargaba del reenvío de las fichas al Ministerio de Salud de la Nación.

Seis programas refirieron tener problemas para remitir las fichas al nivel nacional. El principal inconveniente era la falta de dinero para solventar el

envío postal y en segundo lugar se mencionaba la falta de personal administrativo. Se sugirió que la informatización del sistema, el envío de fichas por correo electrónico o la carga de las fichas a través de un sitio en internet (ej. SNVS) producirían mejoras.

Prácticamente todas las provincias informaron la existencia de *subregistro o retraso en la notificación*, especialmente en algunos centros asistenciales y de parte de algunos profesionales. Los informes permiten entrever que los programas tenían identificados a los establecimientos que no notificaban. Algunos programas vislumbraban la posibilidad de mejoras en el sistema, en tanto que otros, la minoría, eran más pesimistas.

Era muy pobre la renotificación a raíz de la ocurrencia de enfermedades oportunistas al igual que por defunciones. Una provincia indicó que un hospital que concentraba toda la atención pediátrica no notificaba hacía seis años. Otra provincia refirió el mismo problema desde los servicios médicos del sistema penitenciario. Un fenómeno generalizado era la ausencia de notificaciones del sector privado. En el caso de la seguridad social, dado que existe la obligación de renotificar periódicamente a los usuarios, esa información existía aunque no siempre llegaba al Programa de Sida provincial.

También se han indicado problemas en la calidad de la información proporcionada así como la existencia de fichas con numerosos campos en blanco. Una jurisdicción advirtió que tenía pacientes computados más de una vez, cuestión que ella atribuía a la falta de informatización del registro.

Los programas desarrollaron distintas estrategias durante 2006 y 2007 para disminuir la subnotificación, con resultados poco alentadores: reclamos telefónicos, notas a las direcciones de hospitales, reuniones individuales y grupales para clarificar la importancia de la notificación. Una provincia indicó que había definido una suerte de “trueque” que consistía en no entregarles material preventivo (preservativos y folletos) si los efectores no notificaban. Otras provincias limitaron el acceso a estudios de seguimiento si los usuarios no estaban notificados. Finalmente, ante la imposibilidad de revertir la situación, una provincia optó por hacer llevar la ficha de notificación a los propios usuarios en ocasión de la tramitación de algún estudio.

Una jurisdicción relató que un trabajo de sensibilización con profesionales recién ingresados al sistema dio buenos resultados. Otras dos plantearon que los encuentros de devolución de resultados también fueron provechosos.

Doce de las 21 jurisdicciones indicaron que durante 2007 se realizó algún tipo de actividad de capacitación o sensibilización en su distrito. Las mismas tuvieron distintos alcances, niveles de convocatoria y resultados dispares. No siempre estuvieron conducidas por el Programa de Sida sino que pueden haber sido organizadas por Epidemiología, Atención Primaria de la Salud, etc.

Al indagar por la existencia de *relevamientos sistemáticos de otro tipo de datos*, 17 provincias informaron que lo hacían; en casi todos los casos se trataba de información vinculada con la prevención de la transmisión vertical: serología de mujeres embarazadas, partos de mujeres seropositivas y seguimiento de niños expuestos. Seis indicaron que analizaban información de sitios centinela, en general de bancos de sangre y de embarazadas.

Una provincia indicó que realizaba un seguimiento de inicio y cambio de tratamientos, otra sistematizaba información sobre defunciones, otra registraba información sobre pedidos de carga viral, test de resistencia y reactivos. Una provincia refirió tener información sistematizada sobre personas privadas de libertad y sobre trabajadoras sexuales.

Finalmente, se pidió a los investigadores que recopilaran información sobre *estudios de seroprevalencia y comportamientos a nivel poblacional*. Si bien informaron 56 estudios, salvo excepciones, no respondieron a la consigna que se les propuso, pues las investigaciones no correspondían a esa categoría de estudios. Sólo se diferencian unos pocos trabajos sobre HSH, población *trans* y trabajadoras sexuales que ya eran conocidos por la DSyETS por tratarse de iniciativas nacionales realizadas en años anteriores.

4. Análisis y propuestas para mejorar la respuesta preventivo-asistencial al VIH/sida y otras ITS

El encuentro de intereses entre el equipo de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud y el equipo técnico de UBATEC S.A. (Receptor Principal de la donación al país del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria) permitió que pudiera desarrollarse y financiarse una investigación diagnóstica sobre la respuesta preventivo-asistencial del sistema público de salud al VIH/sida y otras ITS.

Esta investigación fue definida desde el comienzo como un *dispositivo de gestión*; esto es, como una estrategia que permitiría obtener dos tipos de impacto: por un lado, servir como instrumento para el trabajo conjunto entre diferentes actores y, por el otro, brindar un conocimiento diagnóstico sobre lo que ocurría en nuestro país.

Los puntos de partida conceptuales, políticos y técnicos de esta investigación fueron cuatro:

1. la necesidad de contar con un diagnóstico o línea de base de la respuesta pública al VIH/sida, que permita trazar objetivos de gestión a futuro en base a una información realista y sistematizada;

2. la apuesta política a desarrollar un modelo de cogestión que involucre a los niveles nacional y jurisdiccionales, y a los efectores públicos de salud a la hora tanto de trazar un diagnóstico como de pensar las líneas a futuro y su implementación;

3. el interés por brindar una respuesta preventiva y asistencial que pueda progresivamente centrarse en dos ejes fuertes: la atención a los procesos que garantizan la accesibilidad de los recursos a los usuarios (modelo “usuario-centrado” con énfasis en el *sentido* global de las acciones más que en la realización de procedimientos) y el fortalecimiento de las capacidades de monitoreo y evaluación de las acciones en todos los niveles de ejecución de una política pública;

4. el interés por desencadenar procesos de investigación evaluativa que suavicen la distancia entre los que tienen a su cargo la gestión y los evaluadores, y permitan aumentar el nivel de participación y compromiso de los actores involucrados en la gestión en estos procesos de evaluación (definición de objetivos, de los procesos a evaluar, los lugares donde investigar, los indicadores a observar, etc.).

La investigación produjo resultados en por lo menos dos grandes direcciones, en función de la doble intención con que fue pensada y llevada adelante.

Hay una serie de resultados que están vinculados a cómo el desarrollo del estudio impactó en los equipos y personas que de él participaron. Otro tipo de resultados refleja el aumento del conocimiento que hoy se tiene sobre la respuesta preventiva y asistencial al VIH/sida y otras ITS y la enumeración de algunas propuestas a futuro con base en este diagnóstico.

4.1. Resultados de la investigación considerando el impacto del proceso sobre los actores

La investigación facilitó la conversación y el intercambio entre los miembros del equipo de la Dirección de Sida y ETS y, a su vez, de estos con los equipos de los programas jurisdiccionales.¹⁹ Fue un instrumento que permitió el aumento de la interacción y la transferencia de saberes previos, así como el incremento del conocimiento de cada “experto” sobre otras áreas de trabajo que no son de su principal competencia. Facilitó además la visualización de tareas que eran comunes pero que habían sido tratadas separadamente.

También fue una oportunidad para que los equipos de los programas jurisdiccionales tomaran contacto con los efectores públicos de salud de su provincia. En algunos casos, esta forma de llevar adelante la gestión estaba instituida, en otras, la investigación fue la primera oportunidad de experimentar esta forma de trabajo.

En muchas jurisdicciones la comunicación se había restringido –hasta el momento de la investigación– a dialogar con los responsables de la atención de pacientes, pero nunca habían tomado contacto con los centros de salud.

La propia visita a los lugares generó interés y demanda de materiales preventivos e instaló temas en las agendas de los entrevistados. A su vez, la dinámica de las entrevistas logró, en la mayoría de los casos, suficiente confianza como para que aparecieran las dificultades y también, en los mismos espacios, se conversó sobre posibles soluciones a algunos de los problemas.

¹⁹ La base de estas consideraciones se obtiene de las propias reflexiones y experiencias de los miembros del equipo de investigación de la Dirección de Sida y a partir las observaciones expresadas de modo verbal y/o por escrito por los jefes de programa e investigadores locales. Muchas de las reflexiones se produjeron en el marco de los dos talleres realizados en la ciudad de Buenos Aires. Otras han sido extraídas de los informes finales que presentaron los investigadores locales.

Un investigador indicó que el estudio le había servido al programa jurisdiccional como oportunidad para comenzar a mirarse como equipo y no sólo ver los problemas sino también los logros que habían cosechado a lo largo de años de trabajo. También permitió reconocer y valorizar el compromiso de los profesionales y equipos que vienen trabajando en la temática, muchas veces en soledad.

Este sentimiento de valorización de la tarea dominó el clima del segundo taller. Hay que tener en cuenta que muchos profesionales y equipos dedicados al tema desde los comienzos de la respuesta a la epidemia nunca hasta ese momento habían participado de alguna actividad colectiva de diagnóstico y evaluación. Es por eso que la investigación, que se propuso hacer una línea de base (pensando en el futuro), funcionó también como una evaluación de todos los esfuerzos realizados hasta la fecha.

Los informes finales preparados por los investigadores locales presentaron algunas cuestiones que el propio proceso de investigación, más allá de los datos producidos, había generado en los programas jurisdiccionales y en las instituciones visitadas.

En primer lugar, algunos señalaron que la investigación había permitido a los miembros de los programas repensar los problemas y precisar los obstáculos para delinear mejor las acciones a futuro.

El estudio permitió mapear las provincias y conocer la realidad heterogénea en cada jurisdicción e identificar desigualdades en la respuesta preventivo-asistencial entre distintos efectores. Visitar las instituciones propició tomar contacto con nuevos actores que trabajaban en el tema pero que se desconocían desde los niveles centrales, y hacer visibles algunas de sus demandas que no necesariamente estaban vinculadas con insumos materiales (preservativos, medicamentos), tales como capacitación para nuevos profesionales y actualización para aquellos con mayor experiencia en la tarea.

4.2. Análisis y propuestas: ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir? ¿Adónde podemos ir?

4.2.a. Accesibilidad al preservativo

La información referida a la gestión de preservativos fue relevada en dos niveles de implementación de la política: el de los programas jurisdiccionales y el de los efectores públicos de salud.

- **Accesibilidad en el nivel de los programas jurisdiccionales**

Todos los programas bajo estudio habían recibido y distribuido preservativos durante 2007. Las fuentes de provisión más mencionadas en orden decreciente fueron la Dirección de Sida y ETS, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida / UBATEC S.A., compras propias y el SSyPR.

Solamente tres programas no pudieron mencionar el número de preservativos que habían gestionado, lo que indica que la gran mayoría de los programas poseía registros sobre este punto. El número de preservativos distribuidos anualmente mostró enormes variaciones entre programas.

Las preguntas referidas a las modalidades de distribución y capacidad logística de los programas revelaron que la mitad carecía de medios para distribuir preservativos; por este motivo la oferta se ve restringida a aquellos actores que cuentan con mecanismos propios para trasladar el material.

Sobre 20 programas provinciales,²⁰ solamente tres indicaron que el único lugar donde era posible retirar preservativos gratis era en la ciudad capital de la provincia. La enorme mayoría de los programas refirió contar con cobertura en otras localidades, aunque el alcance nuevamente fue muy heterogéneo.

No todas las jurisdicciones enviaban o entregaban los preservativos al mismo tipo de instituciones (efectores del sistema de salud, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, etc.). En algunas jurisdicciones se ha incorporado a organizaciones de la sociedad civil así como a instituciones estatales por fuera del sector salud como lugares de distribución, en tanto que en otras esta apertura estaba pendiente ya que sólo proveían preservativos a efectores del sistema público de salud.

La heterogeneidad de criterios que han adoptado los programas se evidencia también en las decisiones con respecto a las modalidades de distribución privilegiadas para canalizar el acceso a los preservativos. Así, algunas jurisdicciones parecen haber priorizado la consolidación de bocas o puestos fijos de distribución (esto se observa en el hecho de que el 80% o más de los preservativos que distribuía el programa se habían destinado a esta modalidad), mientras que otras destinan la mayoría de los recursos a eventos masivos y ocasionales. Estas políticas condicionan sin duda el acceso que tiene la población a los preservativos gratuitos. Sobre 21 jurisdicciones, un tercio carecía de registro de bocas fijas de dis-

²⁰ Aquí no se considero la información provista por la ciudad de Buenos Aires. La misma posee la red más extensa de puestos fijos de distribución, pero no posee "localidades".

tribución. Las demás reportaron cantidades de puestos fijos cuyos valores oscilaron entre un máximo de 380 y un mínimo de cuatro.

- **Accesibilidad en el nivel de los efectores de salud**

Prácticamente la totalidad de los efectores visitados durante la investigación habían contado con preservativos para distribuir durante el año 2007. El 85% de los centros de salud y el 62% de los hospitales llevaban, además, alguna clase de registro que les permitió informar el número de preservativos distribuidos.

El 40% de los efectores había recibido preservativos tanto de la DSyETS como del SSySR. Un cuarto sólo había recibido de la DSyETS. Los preservativos de SSySR tenían mejor llegada a los centros de salud que los de la DSyETS. Esta información es consistente con la escasa capacidad logística referida por los programas jurisdiccionales de sida y con el hecho que el SSySR adoptó como mecanismo de distribución de insumos la logística provista por el Programa Remediar que distribuye recursos desde el nivel nacional de modo directo a aproximadamente 6.000 centros de salud.²¹

En más de la mitad de los efectores visitados, los usuarios debían acceder a una consulta para poder retirar preservativos. Solamente en un tercio de los lugares era posible retirarlos de una canasta o dispenser. Además, un cuarto de los efectores exigía a la población algún requisito para poder acceder a los preservativos (contar con receta médica, estar bajo algún programa, etc.) y la mitad de los efectores disponía de un número prefijado para entregar a cada persona.

El 78% de los efectores que atendían personas con VIH disponían de preservativos para entregar a esta población.

4.2.b. Propuestas para mejorar la accesibilidad de la población a los preservativos gratis

- **Propuestas para implementar desde la Dirección de Sida y ETS**

Sostener los mecanismos de compra y distribución de preservativos y lubricantes en función de las demandas que se espera sean crecientes de las jurisdicciones.

Potenciar la capacidad de distribución de los programas jurisdiccionales para proveer los preservativos y lubricantes directamente a los efectores de salud utilizando la logística del Programa Remediar.

²¹ www.remediar.gov.ar

Estructurar un sistema de registros y fortalecer la capacidad de realizar monitoreo y evaluación con respecto a la provisión de preservativos y lubricantes.

Estimular en todo el país una política de distribución de preservativos y lubricantes basada en la construcción de puntos fijos que puedan abastecer a libre demanda y sin exigir ninguna clase de datos o información personal a los usuarios que los requieran, priorizando para su conformación los lugares donde vive o circula la población más vulnerable. Esta política implica actividades diversas tales como la redacción de un documento que explicita la propuesta, la divulgación adecuada de la misma, la comunicación periódica con los programas jurisdiccionales para mantener actualizada la lista de bocas de distribución fijas a fin de que las mismas sean divulgadas a través de la página web, las líneas telefónicas y otros medios de comunicación.

Provisión y estímulo a la producción y distribución de dispensers u otros dispositivos similares que minimicen los obstáculos de los usuarios para el acceso a los preservativos en la cantidad que precisen, eliminando cualquier clase de requisito.

Estimular en todo el país la inclusión progresiva de actores e instituciones que estén por fuera del sistema formal de salud como efectores de la política de aumento a la accesibilidad al preservativo y a los lubricantes (organizaciones no gubernamentales, de la sociedad civil, otros efectores del Estado externos al sistema de salud, etc.).

• Propuestas para implementar desde los programas provinciales y jurisdiccionales

Construir capacidades para estimar necesidades de materiales teniendo en cuenta la cobertura poblacional a la que se quiere llegar y las posibilidades organizativas del programa.

Crear, mejorar o sostener mecanismos de registro de la recepción y distribución de preservativos, a fin de contar con capacidad de monitoreo y evaluación de dicha distribución. El registro debería centrarse en las instituciones que reciben preservativos y no en las personas que los retiran.

Intensificar los esfuerzos para la creación y sustentabilidad de puestos fijos de distribución que puedan ser sostenidos en el tiempo, lo que significa entre otras tareas la identificación de referentes por institución para organizar los pedidos y las entregas.

Instrumentar estrategias de comunicación que garanticen el conocimiento público de dichos puestos de distribución (direcciones, horarios, etc.),

Intensificar los esfuerzos para incluir en la distribución de preservativos a los efectores de salud así como también a otros actores de la esfera comunitaria que tengan llegada mejorada a poblaciones vulnerables y/o excluidas o con acceso restringido al sistema de salud.

Identificar actores o espacios no tradicionales para mejorar el acceso de las poblaciones privadas de la libertad o que requieren de preservativos en lugares u horarios menos convencionales (circuitos gay, circuitos de trabajo sexual, etc.).

Fortalecer los esfuerzos en el trabajo periódico con los diferentes actores que participan de la distribución a fin de eliminar las restricciones en el acceso a los preservativos.

Estimular a los equipos de salud que atienden a personas con VIH a contar con dispensers en salas de espera o lugares públicos que faciliten el acceso de las PcVIH al recurso a libre demanda.

4.2.c. Acceso a materiales preventivos (afiches, folletos, cartillas, etc.)

El 80% de los efectores visitados con motivo de la investigación contaban con alguna clase de material gráfico de apoyo para el trabajo en promoción y prevención de VIH y otras ITS, así como con material destinado a personas con VIH (prevención secundaria). Por supuesto estos valores presentan altos niveles de heterogeneidad dentro de las jurisdicciones. Además, prácticamente todos los efectores visitados enfatizaron una enorme discontinuidad en la recepción de materiales gráficos.

Los materiales de los que se disponía (o se dispuso en algún momento de modo esporádico), en orden decreciente, fueron de promoción del uso del preservativo (78%), sobre prevención de la transmisión vertical (75%), de información general (75%), de información sobre ITS (63%), de promoción del testeo voluntario para VIH (48%) y material para personas con VIH (17%).

Hay algunas variaciones significativas que es preciso señalar: el material para personas con VIH fue más frecuente en los hospitales, y el material para promoción de testeo voluntario registró variaciones absolutamente significativas dentro de las jurisdicciones, lo que probablemente refleje los ímpetus diferenciales que se le ha dado a esta política en los diferentes lugares del país.

La mayor presencia de folletos vinculados a la promoción del testeo voluntario se encontró en la ciudad de Buenos Aires, en las regiones sanitarias I, V, VI, VII a y VII b de la provincia de Buenos Aires, y en las provincias de Tucumán, Tierra del Fuego y San Juan.

4.2.d. Propuestas para mejorar la accesibilidad a los materiales preventivos

La agenda para mejorar la accesibilidad de la población a los recursos informativos provistos por la Dirección de Sida y ETS así como a aquellos producidos por las jurisdicciones es similar en varios puntos a la referida al mejoramiento del acceso a los preservativos y lubricantes. Se enumeran a continuación sólo aquellos puntos que son diferenciales.

- **Propuestas para implementar desde la Dirección de Sida y ETS**

Sostener un rol activo en la producción de materiales gráficos y materiales educativos orientados a funcionar como soporte para el trabajo de los equipos de salud.

Sostener un rol activo en la producción de materiales gráficos y materiales educativos orientados a poblaciones vulnerables y/o excluidas.

Estimular y brindar soporte técnico para la producción de materiales locales.

Generar lineamientos para la producción de materiales preventivos y divulgarlos de modo adecuado.

- **Propuestas para implementar desde los programas provinciales y jurisdiccionales**

Producir materiales que difundan los recursos locales disponibles para la población, con el fin de mejorar el acceso de los usuarios.

Identificar necesidades y producir materiales para poblaciones específicas de su territorio.

Sostener el interés en la distribución de material gráfico para auxiliar a los equipos de salud y otros equipos (de ONG, organizaciones de la sociedad civil, educativas, penitenciarias, etc.) así como folletería destinada al uso de la población beneficiaria.

4.2.e. Accesibilidad al diagnóstico de VIH y sífilis

Uno de los hallazgos más significativos fue que en la inmensa mayoría de los centros del primer nivel de atención relevados se realizaban *pedidos de pruebas para VIH* y en muchos de ellos se efectuaban las extracciones de sangre. Esta práctica estaba extendida en el caso del seguimiento de mujeres embarazadas, aunque los circuitos de pedidos de test para la población general no siempre resultaron tan claros.

Se advierte una heterogeneidad en cuanto a qué se entiende en cada institución y jurisdicción por “centros especializados” en testeo de VIH como

también en las formas de trabajo que ha adoptado cada uno de los equipos.

Se encontró con menor frecuencia la existencia de equipos y/o profesionales que ofrecían el test en el marco de *entrevistas previas y posteriores con asesoramiento*. Esta modalidad de trabajo –que es la que se busca promover desde la Dirección de Sida y ETS– es la que transforma el momento del diagnóstico en una interfase entre la prevención y la asistencia, en el sentido en que brinda un espacio privilegiado para trabajar sobre la información y las dificultades de las personas para mejorar sus capacidades de prevención del VIH y otras ITS.

Los *tiempos de demora* entre el pedido de un test de VIH y la obtención del resultado ofrecen también grandes variaciones. Se han encontrado valores mínimos de un día hasta máximos de 30.

La práctica menos extendida ha sido la implementación de políticas de *promoción del testeo voluntario*, lo que incluiría la existencia de centros y/o equipos con algún nivel de especialización y que hubieran generado una disminución activa de barreras para el acceso.

Durante 2007 y 2008 algunas jurisdicciones ampliaron la cantidad de centros de testeo voluntario y espacios de consejería y en algunos casos incorporaron a los dispositivos a personas con VIH. De todos modos estos espacios siguen siendo minoritarios en relación con el volumen de análisis que se realiza en cada jurisdicción.

Se observó que fue progresivamente aumentando el número de *mujeres embarazadas* que llegaban al parto con un test de VIH realizado y que en muchos hospitales se disponía de test rápidos para realizar la prueba a aquellas mujeres que no contaban con información serológica reciente en el momento del parto.

Son muy pocos los establecimientos, tanto hospitales como centros de salud, que ofrecen la prueba de forma rutinaria a las parejas de las mujeres embarazadas, independientemente de la serología de estas últimas.

Los investigadores identificaron algunos centros de salud en los que aún se ofrece el test de manera selectiva en función del juicio subjetivo que un miembro del equipo de salud realiza sobre el nivel de riesgo del usuario. En esos lugares el problema mencionado se presenta incluso en el testeo a mujeres embarazadas.

Otro dato preocupante es la burocratización del proceso del *consentimiento informado* y la existencia de lugares en los que directamente no se solicita.

Es notoria la disparidad de criterios en cuanto a la *edad mínima* en que

se acepta que un adolescente pueda realizarse un test sin autorización de un adulto. Se encontró una gran diversidad de criterios tanto en lo inter e intrarregional como dentro de cada efector. Así, por ejemplo, en un mismo hospital, si una adolescente está embarazada se le realiza la prueba, algunas veces sin siquiera participarla de un consentimiento informado, mientras que si concurre voluntariamente y no está embarazada, se le pide que esté acompañada por un adulto.

Cabe destacar que si bien Argentina cuenta con avales jurídicos²² que defienden la participación de los adolescentes en el proceso de consentimiento informado, este acceso se ve obstaculizado por prácticas que histórica y culturalmente se sostuvieron y sostienen en considerar a los niños como *objetos* de protección y no como *sujetos* de derecho. Se plantea entonces la necesidad de repensar las prácticas y adecuarlas para garantizar el cumplimiento de aquello que se constituye en el “mayor derecho” para las personas; y en el caso de los niños y adolescentes, “el interés superior”.

Una fortaleza de la estrategia de testeo es la extensa red de laboratorios con capacidad para procesar muestras para pruebas de tamizaje, aunque, por el contrario, hay pocos laboratorios por jurisdicción que confirmen los resultados, lo que acarrea demoras en el proceso diagnóstico y la entrega de resultados. Hay provincias donde sólo hay un laboratorio que realiza Western Blot. Será preciso aumentar el número de laboratorios en condiciones de realizar la prueba o bien mejorar los mecanismos de traslado de muestras hacia los laboratorios centrales.

Con respecto al diagnóstico de *sífilis* se descubrió que el 92% de los establecimientos hospitalarios incluía VDRL de rutina para la mujer embara-

²² Los artículos 3° y 12° de la Convención Internacional de Derechos del Niño, considerada en el art. 75°, inc. 22 de la Constitución Nacional, reformada en 1994. Art. 4, inciso H de la ley Básica de Salud N° 153 de la Ciudad de Buenos Aires. Información incluida en el material compilado por la Licenciada en Trabajo Social Mariana Azcárate - Área de Salud e Integración Social de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Asimismo, la ley N° 26.061 de Protección integral de niños y adolescentes a nivel nacional, en su artículo 14 plantea que las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

da, el 62% hacía también VDRL de rutina para puérperas y sólo un 20% ofrecía la VDRL a la pareja de las mujeres.

4.2.f. Propuestas para mejorar la accesibilidad al diagnóstico

- **Propuestas para implementar desde la Dirección de Sida y ETS**

Generar y divulgar lineamientos claros con respecto a la importancia de mejorar la accesibilidad de las poblaciones al diagnóstico de VIH y otras ITS en el marco de entrevistas de pre y post test que garanticen la confidencialidad, el asesoramiento y la voluntariedad de las pruebas, apostando a incrementar las oportunidades de cuidado de las personas.

Generar y divulgar lineamientos claros con respecto a cuáles son los conceptos y las estrategias apropiadas para promover el testeo voluntario en la población. Esta política incluye una gama enorme de actividades vinculadas a la capacitación de los equipos de salud, la provisión adecuada de reactivos, la comunicación al público de las características de las pruebas y los lugares existentes para realizarlas.

Generar y divulgar lineamientos que expliciten de modo claro los derechos que tienen los niños y jóvenes con respecto al acceso al sistema de salud.

Promover la oferta de serología a las parejas sexuales de las mujeres embarazadas.

Promover la creación de centros de testeo de referencia para poblaciones con vulnerabilidad incrementada (personas trans, trabajadoras/es sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, etc.).

Generar estrategias de acción y comunicación vinculadas a disminuir la discriminación que todavía pesa sobre las personas que viven con VIH así como sobre algunas poblaciones especialmente vulnerables (personas homosexuales, trabajadoras/es sexuales, personas trans, usuarios de drogas) entendiendo que esta discriminación funciona como obstáculo para la oferta y el pedido de test de VIH.

Generar líneas de base y estrategias de monitoreo y evaluación que permitan conocer el impacto de las políticas de accesibilidad y promoción del testeo voluntario.

- **Propuestas para implementar desde los programas provinciales y jurisdiccionales**

Generar –de acuerdo a las realidades locales– una estrategia destinada a mejorar la accesibilidad al diagnóstico de VIH y otras ITS.

Generar, mejorar o sostener sistemas de registro que permitan monitorear y evaluar los esfuerzos destinados a aumentar el acceso de la población al diagnóstico.

Instrumentar de modo progresivo y en función de la realidad local actividades que apunten a promover el testeo voluntario al VIH en la población así como a la consolidación de equipos que trabajen bajo esta filosofía.

Difundir de modo amplio los diferentes establecimientos donde es posible realizar las pruebas de VIH y de otras ITS.

Problematizar en el nivel local las dificultades de acceso de los jóvenes al sistema de salud.

Fomentar la inclusión de personas con VIH y otras personas de la comunidad en los dispositivos de oferta de test y asesoramiento.

Fomentar y apoyar la creación de espacios de testeo por fuera del sistema de salud, entendiendo que esta estrategia ha resultado exitosa para mejorar el acceso de la población general y/o de grupos específicos al diagnóstico.

4.2.g. Atención de personas con VIH

En todas las provincias hay servicios de atención de personas con VIH, a veces con la participación de médicos infectólogos y otras veces conducidos por médicos de otras especialidades que se fueron abocando a la problemática a lo largo del tiempo. No obstante ello, la impresión general es que en algunas provincias, el aumento del volumen de personas infectadas no fue acompañado por un crecimiento en consonancia de la cantidad de profesionales que las atienden. Varios informes indican que más allá de los equipos o personas que históricamente satisficieron este tipo de demanda, el resto del personal de salud sigue renuente a atender a personas con VIH o no visualiza el VIH como problema. Esta cuestión puede estar relacionada, entre otras cosas, con el hecho de que en varias provincias la epidemia es aún incipiente y el número de afectados, muy reducido. Por su parte, en las provincias en que la epidemia ha tenido mayor desarrollo, sí se observa una mayor oferta de servicios.

Pese a los avances, aún persisten notorias diferencias en la calidad de la atención en los niveles interjurisdiccional e intrajurisdiccional, y aun dentro de un mismo establecimiento hospitalario. Hay un contraste significativo entre algunas instituciones que cuentan con equipos altamente capacitados y motivados, y su completa ausencia en otros lugares. Hay hospitales provinciales donde toda la demanda sigue siendo cubierta por un solo profesional. También se ha indi-

cado que en varios hospitales no hay servicios o equipos de infectología, incluso en algunos no hay médico infectólogo.

Por otra parte, se apreció insuficiente cantidad de profesionales en algunas especialidades, particularmente pediatras y psicólogos. En relación con los primeros, la escasez obliga en ocasiones a derivar a los niños a otros hospitales. En relación con los psicólogos, la oferta insuficiente de turnos produce un déficit importante en esta área. Finalmente, se indicó que hay escasez de gineco-obstetras que quieran atender a mujeres con VIH. Por lo tanto, es necesario ampliar la cantidad de profesionales que atienden a personas con VIH; es decir, abrir la puerta de otros servicios que son reticentes a atender a estas personas (ginecólogos, urólogos, proctólogos, obstetras, psicólogos, etc).

También se observa la persistencia de actitudes discriminatorias dentro de las instituciones, cuestión que se evidencia no sólo en la oferta reducida de algunas especialidades a las PcVIH sino particularmente en las demoras para obtener turnos para estudios de alta complejidad y para cirugías, y en la atención en guardia.

Ante la escasez de algunas especialidades y la reticencia de algunos servicios para aceptar a personas con VIH, se planteó la necesidad de conformar redes de interconsulta o derivación amigables. En este mismo sentido, los investigadores locales indicaron la necesidad de mejorar los circuitos de derivación y referencia entre los distintos niveles de atención.

En los últimos años, algunas jurisdicciones que tenían un número bajo o medio de personas con VIH en seguimiento, comenzaron a desconcentrar la oferta para facilitar el acceso a los recursos asistenciales. Incorporaron más hospitales, unos pocos ampliaron los horarios de atención y otros descentraron la distribución de medicamentos, ya sea en la misma ciudad capital o incorporando otras ciudades provinciales. Estas acciones, si bien aún limitadas, han redundado en mejoras en la atención de personas con VIH, especialmente en la disminución de los tiempos y gastos de traslado.

Las jurisdicciones y hospitales indicaron que durante 2008 se regularizó la provisión de medicamentos y no tienen dificultades en el acceso a leche de inicio, AZT en ampollas y en jarabe. En cambio, algunas veces sí tienen problemas logísticos para trasladar esos insumos desde los depósitos centrales a los hospitales, especialmente cuando se encuentran en otras localidades.

Una jurisdicción de alto volumen de pacientes pautó como objetivo para el año 2009 la nominalización de la entrega de medicación. Otras se plantearon como meta aumentar la desconcentración de la distribución de medicación para ITS y VIH.

Se señala que es necesario agilizar los circuitos de autorización de medicación de uso restringido e incorporar drogas de última generación al vademécum provisto por el Estado nacional. Otro insumo que se sugirió incluir son kits de profilaxis post exposición.

Se ha simplificado la solicitud de estudios de carga viral reduciendo el tiempo necesario para obtener la autorización desde nivel central. Sin embargo, aún se registran demoras importantes en los circuitos administrativos internos de algunas provincias, así como dificultades vinculadas con la accesibilidad geográfica y de personas extranjeras que no cuentan con documentación argentina.

En muchos hospitales se presentan problemas en el traslado de las muestras para estudios de seguimiento, lo que demora la obtención de los resultados y ocasionalmente obliga a los miembros de los equipos de salud a solventar con su dinero el envío de muestras. Este mismo problema se verifica a escala provincial en algunas jurisdicciones. En este punto se planteó la necesidad de ampliar la red de laboratorios y resolver el costeo de los traslados.

Si bien se dispone de tests de resistencia, en algunas provincias se señalaron casos de personas que debieron esperar más de seis meses para que se les autorizara el estudio.

En muchas instituciones se desconocen las normativas y recomendaciones sobre diversas prácticas, tal es el caso de los procedimientos a seguir ante un accidente laboral o cuando una persona que fue víctima de una violación se acerca a la guardia de un hospital.

En varias jurisdicciones se han conformado redes y espacios de apoyo a personas con VIH e incluso algunas de ellas se han incorporado a los procesos de atención, particularmente en dispositivos de apoyo y contención a pares.

En todas las provincias existen distintos recursos sociales a los que pueden acceder las personas con VIH, aunque el acceso en general no está vinculado al diagnóstico sino a otras situaciones de vulnerabilidad.

Es necesario mencionar que los investigadores entendían que varios de los problemas encontrados –falta de personal, fragmentación entre niveles, demoras en obtención de turnos y de resultados, traslado de muestras, etc.– exceden la problemática del VIH/sida y tienen un carácter estructural.

Todas las jurisdicciones realizan notificaciones de infecciones y nuevos casos de sida, y algunas han comenzado a registrar el seguimiento de partos de mujeres con VIH y niños expuestos, entre otros. El registro sistemático de información vinculada con la prevención de la transmisión vertical del VIH es incipiente en la mayoría de las jurisdicciones.

En relación con las notificaciones, casi todos los distritos cargan las fichas en bases de datos, aunque en varios casos se trata de una planilla de Excel. En este sentido, las provincias que no cargan las fichas plantearon como actividad para 2009 la informatización del registro, y varias de las que ya lo hacían propusieron la actualización del software.

Persiste el retraso y subnotificación, aunque algunas provincias realizaron un trabajo para mejorar la situación. Varias jurisdicciones propusieron pensar estrategias para volver a estimular la notificación en los efectores de salud y aumentar su calidad, así como organizar capacitaciones sobre vigilancia epidemiológica.

Las entrevistas con los responsables de los programas jurisdiccionales confirmaron la presunción de que existe poca o nula actualización de casos de sida de personas previamente notificadas. También se desconoce qué está ocurriendo en el sector de la seguridad social y de la medicina prepaga.

4.2.h. Propuestas para mejorar la atención de personas con VIH

- **Propuestas para implementar desde la Dirección de Sida y ETS**

Definir un esquema de capacitación para aumentar la cantidad de profesionales médicos que puedan hacer seguimiento de personas por su infección con VIH. Promover dichas capacitaciones.

Definir un esquema de capacitación para mejorar las capacidades de los efectores para el diagnóstico y tratamiento de ITS.

Simplificar los trámites para mejorar el acceso de los pacientes a los estudios de seguimiento.

Intensificar el monitoreo de las redes de laboratorio para garantizar su adecuado funcionamiento en lo referido a realización de estudios de seguimiento.

Mejorar los procedimientos vinculados a la compra y distribución de medicamentos.

Mejorar los canales de comunicación con los programas jurisdiccionales a fin de sostener la actualización sobre la definición de nuevos procedimientos, inclusión de nuevas drogas, etc.

Generar lineamientos orientados a definir de modo adecuado la noción de atención integral de personas con VIH.

Difundir dichos lineamientos de modo adecuado.

Intensificar los esfuerzos para mejorar el flujo de notificaciones.

Promover la inclusión de PcVIH en los diferentes niveles de implementación de las políticas (equipos de los programas, efectores públicos, etc.).

- **Propuestas para implementar desde los programas provinciales y jurisdiccionales**

Promover a través de políticas activas (encuentros de trabajo, promoción de capacitaciones cruzadas) la incorporación de las diferentes disciplinas a la atención de las PcVIH, estimulando la identificación de profesionales especializados y creación de redes de atención.

Crear, fortalecer o sostener canales adecuados de comunicación con los profesionales de la salud que realizan la atención de personas con VIH con el fin de garantizar el conocimiento público de las modificaciones que se realizan con respecto a nuevos procedimientos, modificaciones en la medicación, incorporación de recursos para mejorar la atención (ejemplo: test de resistencia).

Intensificar los esfuerzos para mejorar el flujo de notificaciones y crear, mejorar o sostener sistemas de registro a través de soporte electrónico.

Registrar el seguimiento de partos de mujeres con VIH y niños expuestos a fin de mejorar el conocimiento y las capacidades de intervención para disminuir la transmisión vertical.

Intensificar los esfuerzos de articulación del programa con otras agencias de gobierno o agencias no gubernamentales para brindar una atención integral a las PcVIH.

Promover la inclusión de PcVIH en los diferentes niveles de implementación de las políticas (equipos de los programas, efectores públicos, etc.).

Tablas

Tabla 1. Información provista por los programas jurisdiccionales sobre gestión de preser vativos en el 2007

Programa	Origen de los preservativos que entrega	Cantidad distribuida en 2007	Cuenta con logística para distribución	Reparte en localidades fuera de la capital provincial	Cantidad de localidades alcanzadas	Cantidad de puntos fijos de distribución	Proporción distribuida según modalidad	
							Puntos fijos	Otras modalidades
CABA	DSyETS Compra	5.933.823	Sí	No corresponde	No	380	97%	2%
Chaco	DSyETS	No contesta	Sí	No contesta	No contesta	No contesta	10%	88%
Chubut	DSyETS Compra	320.625	Sí	Sí	20	12	10%	80%
Corrientes	DSyETS UBATEC	90.000	No	Sí	20	No contesta	60%	30%
Córdoba	DSyETS UBATEC	1.100.000	No	Sí	36	8	25%	50%
Entre Ríos	DSyETS UBATEC	30.000	Sí	No	-	30	30%	30%
Jujuy	DSyETS UBATEC	178.985	No	Sí	12	100	70%	25%
La Pampa	DSyETS Compra	85.000	No	No	-	11	20%	40%
La Rioja	DSyETS UBATEC	24.000	Sí, sólo para sector público.	No	-	74	20%	60%
Mendoza	DSyETS Compra	250.000	No	Sí	11	25	70%	20%
Misiones	DSyETS	No contesta	No	Sí	20	4	40%	30%
Neuquén	DSyETS Compra	No contesta	No	Sí	No contesta	No contesta	10%	90%
Río Negro	DSyETS UBATEC Compra	150.000	Sí	Sí	20	No contesta	20%	70%
Salta	DSyETS	130.000	Sí	Sí	20	124	40%	50%
San Juan	DSyETS UBATEC	116.000	Sí	Sí	20	No contesta	30%	60%
San Luis	DSyETS	66.000	No	Sí	5	16	28%	38%
Santa Cruz	DSyETS UBATEC SSyPR	60.000	Sí	Sí	14	No contesta	30%	60%
Santa Fe	DSyETS	900.000	No	Sí	49	No contesta	20%	70%
Santiago del Estero	DSyETS SSyPR	71.547	No	Sí	20	20 a 30	30%	60%
Tierra del Fuego	DSyETS UBATEC	40.000	Sí	Sí	3	20	48%	52%
Tucumán	DSyETS UBATEC	366.700	No	Sí	20	86	20%	50%

Base: Total de programas encuestados (N = 21).

Tabla 2. Distribución de preservativos por tipo de efector. Efectores seleccionados para la investigación. Año 2007.

Tipo de efector	Sí	No	TOTAL
Centros de salud	203 (99%)	2 (1%)	205
Hospitales	108 (92%)	9 (8%)	118
Maternidades	7 (78%)	2 (22%)	9
Total	318	13	332

Base: Total de efectores encuestados (N = 332).

Tabla 3. Distribución de preservativos por tipo de efector y jurisdicción. Efectores seleccionados para la investigación. Año 2007.

Tipo de efectores	Jurisdicción	Mínimo	Máximo	Total	
Centros de salud	CABA	19.584	232.416	545.040	
	Catamarca	300	3.600	11.000	
	Chaco	2.400	9.600	30.000	
	Chubut	1.300	12.000	166.338	
	Corrientes	500	8.500	25.685	
	Córdoba	no se especificó n°	no se especificó n°	no se especificó n°	
	Entre Ríos	1.500	3.000	6.500	
	Jujuy	1.200	7.800	21.428	
	La Pampa	4.800	24.000	79.000	
	La Rioja	800	6.500	20.800	
	Mendoza	3.000	7.200	27.524	
	Misiones	no se especificó n°	no se especificó n°	no se especificó n°	
	Neuquén	2.400	15.600	45.024	
	Río Negro	3.600	6.000	23.200	
	Salta	2.744	16.072	36.801	
	San Juan	500	8.000	18.828	
	San Luis	1.186	8.000	20.388	
	Santa Cruz	500	10.000	15.500	
	Santa Fe	500	42.000	98.660	
	Santiago del Estero	500	10.000	45.560	
	Tierra del Fuego	1.000	8.800	17.800	
	Tucumán	288	1.500	1.788	
	RS I - Buenos Aires	2.000	7.000	17.000	
	RS IV - Buenos Aires	500	3.600	13.340	
	RS V - Buenos Aires	1.300	1.911	3.211	
	RS VI - Buenos Aires	2.600	20.000	84.608	
	RS VII a - Buenos Aires	4.500	17.000	45.500	
	RS VII b - Buenos Aires	350	450.000	2.780	
	RS VIII - Buenos Aires	1.440	22.000	32.140	
	RS XI - Buenos Aires	400	25.000	30.500	
	Hospitales	CABA	25.920	159.120	326.160
		Catamarca	0	0	0 (sólo remitió centros de salud)
		Chaco	50.000	50.000	50.000
Chubut		31.382	76.472	107.854	
Corrientes		7.000	7.000	7.000	
Córdoba		800	210.000	237.800	
Entre Ríos		1.600	97.926	124.526	
Jujuy		1.833	77.000	88.833	
La Pampa		30.000	70.000	215.000	
La Rioja		15.000	15.000	15.000	
Mendoza		1.440	17.568	24.008	
Misiones		5.000	5.000	5.000	
Neuquén		2.400	17.280	19.680	
Río Negro		5.000	10.000	24.000	
Salta		12.000	12.000	12.000	
San Juan		1.680	17.328	27.864	
San Luis		3.700	97.400	101.100	
Santa Cruz		10.000	39.000	69.800	
Santa Fe		1.000	42.000	62.500	
Santiago del Estero		4.800	5.000	9.800	
Tierra del Fuego		21.000	22.000	43.000	
Tucumán		600	1.200	1.800	
RS I - Buenos Aires		2.800	15.000	37.800	
RS IV - Buenos Aires		1.000	2.000	5.000	
RS V - Buenos Aires		2.900	2.900	2.900	
RS VI - Buenos Aires		24.000	280.000	304.000	
RS VII a - Buenos Aires		9.000	29.520	75.720	
RS VII b - Buenos Aires		750	3.500	4.250	
RS VIII - Buenos Aires		1.000	1.200	2.200	
RS XI - Buenos Aires		3.000	4.500	11.300	
Maternidades		CABA	172.800	172.800	172.800
		Córdoba	0	0	0
		Salta	35.000	35.000	35.000
	Santa Fe	no se especificó n°	no se especificó n°	no se especificó n°	
	Santiago del Estero	7.120	7.120	7.120	
	Tucumán	no se especificó n°	no se especificó n°	no se especificó n°	
	RS V - Buenos Aires	no se especificó n°	no se especificó n°	no se especificó n°	
RS VI - Buenos Aires	9.600	9.600	9.600		

Base: Total de efectores encuestados (N = 332).

Tabla 4. Cantidad de efectores por jurisdicción según existencia de requisitos para el acceso a los preservativos.

Jurisdicción	Cantidad de efectores donde existen requisitos	Cantidad de efectores donde no existen requisitos	No sabe/ No contesta	Total de efectores
CABA	0	12 (100%)	0	12
Catamarca	0	11 (100%)	0	11
Chaco	0	10 (100%)	0	10
Chubut	0	14 (100%)	0	14
Corrientes	7 (54%)	6 (46%)	0	13
Córdoba	1 (14%)	5 (72%)	1 (14%)	7
Entre Ríos	4 (44%)	5 (56%)	0	9
Jujuy	5 (45%)	6 (55%)	0	11
La Pampa	0	8 (80%)	2 (20%)	10
La Rioja	1 (14%)	6 (86%)	0	7
Mendoza	6 (60%)	4 (40%)	0	10
Misiones	8 (62%)	5 (38%)	0	13
Neuquén	2 (25%)	6 (75%)	0	8
Río Negro	1 (9%)	10 (91%)	0	11
Salta	10 (83%)	2 (17%)	0	12
San Juan	6 (55%)	5 (45%)	0	11
San Luis	3 (30%)	7 (70%)	0	10
Santa Cruz	0	6 (86%)	1 (14%)	7
Santa Fe	4 (16%)	21 (84%)	0	25
Santiago del Estero	5 (42%)	7 (58%)	0	12
Tierra del Fuego	0	7 (100%)	0	7
Tucumán	2 (29%)	5 (71%)	0	7
RS I - Buenos Aires	0	9 (100%)	0	9
RS IV - Buenos Aires	1 (9%)	8 (73%)	2 (18%)	11
RS V - Buenos Aires	3 (30%)	7 (70%)	0	10
RS VI - Buenos Aires	6 (46%)	7 (54%)	0	13
RS VII a - Buenos Aires	0	8 (100%)	0	8
RS VII b - Buenos Aires	2 (22%)	6 (67%)	1 (11%)	9
RS VIII - Buenos Aires	2 (17%)	10 (83%)	0	12
RS XI - Buenos Aires	1 (11%)	8 (89%)	0	9
Total	80 (25%)	231 (73%)	7 (2%)	318 (100%)

Base: Total de efectores que distribuyen preservativos (N = 318).

Tabla 5. Presencia de material gráfico por jurisdicción. Efectores seleccionados para la investigación. Año 2007.

Jurisdicción	Número de efectores que cuentan con material gráfico	Número de efectores que no cuentan con material gráfico	Total de efectores
CABA	12 (100%)	0	12
Catamarca	9 (82%)	2 (18%)	11
Chaco	9 (90%)	1 (10%)	10
Chubut	10 (72%)	4 (28%)	14
Corrientes	14 (94%)	1 (6%)	15
Córdoba	9 (90%)	1 (10%)	10
Entre Ríos	5 (55%)	4 (45%)	9
Jujuy	10 (91%)	1 (9%)	11
La Pampa	10 (100%)	0	10
La Rioja	5 (50%)	5 (50%)	10
Mendoza	7 (70%)	3 (30%)	10
Misiones	9 (70%)	4 (30%)	13
Neuquén	7 (88%)	1 (12%)	8
Río Negro	11 (100%)	0	11
Salta	3 (25%)	9 (75%)	12
San Juan	10 (90%)	1 (10%)	11
San Luis	10 (100%)	0	10
Santa Cruz	6 (86%)	1 (14%)	7
Santa Fe	14 (54%)	12 (46%)	26
Santiago del Estero	10 (83%)	2 (17%)	12
Tierra del Fuego	7 (100%)	0	7
Tucumán	10 (100%)	0	10
RS I - Buenos Aires	9 (90%)	1 (10%)	10
RS IV - Buenos Aires	10 (91%)	1 (9%)	11
RS V - Buenos Aires	10 (100%)	0	10
RS VI - Buenos Aires	8 (62%)	5 (38%)	13
RS VII a - Buenos Aires	7 (87%)	1 (13%)	8
RS VII b - Buenos Aires	9 (100%)	0	9
RS VIII - Buenos Aires	9 (75%)	3 (25%)	12
RS XI - Buenos Aires	3 (30%)	7 (70%)	10
Total	262 (79%)	70 (21%)	332 (100%)

Base: Total de efectores encuestados (N = 332).

Tabla 6. Número de efectores que distribuían materiales gráficos según tipo de contenido, por jurisdicción.

Efectores seleccionados para la investigación. Año 2007.

Jurisdicción	Test de VIH		Preservativos		Embarazo y VIH		ITS		Información general	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
CABA	11	1	11	1	8	4	3	9	12	0
Catamarca	0	9	9	0	6	3	0	9	7	2
Chaco	2	7	3	7	9	0	8	1	7	2
Chubut	4	6	6	4	5	5	6	4	7	3
Corrientes	9	5	12	2	8	6	9	5	14	0
Córdoba	2	7	9	0	8	1	9	0	8	1
Entre Ríos	2	3	2	3	4	1	2	3	3	2
Jujuy	5	5	9	1	8	2	8	2	8	2
La Pampa	4	6	9	1	8	2	4	6	4	6
La Rioja	1	4	3	2	4	1	4	1	1	4
Mendoza	1	6	3	4	4	3	5	2	4	3
Misiones	3	6	3	6	3	6	3	6	3	6
Neuquén	3	4	5	2	4	3	4	3	3	4
Río Negro	3	8	7	4	7	4	6	5	6	5
Salta	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
San Juan	6	4	9	1	10	0	8	2	10	0
San Luis	2	8	8	2	6	4	9	1	9	1
Santa Cruz	2	4	6	0	6	0	5	1	3	3
Santa Fe	7	7	8	6	5	9	5	9	7	7
Santiago del Estero	2	8	9	1	10	0	9	1	8	2
Tierra del Fuego	5	2	7	0	7	0	7	0	7	0
Tucumán	8	2	10	3	9	1	7	3	9	1
RS I - Buenos Aires	7	2	9	0	8	1	6	3	8	1
RS IV - Buenos Aires	3	7	10	0	10	0	7	3	9	1
RS V - Buenos Aires	7	3	6	4	8	2	8	2	6	4
RS VI - Buenos Aires	8	0	8	0	8	0	7	1	8	0
RS VII a - Buenos Aires	7	2	7	0	6	1	6	1	7	0
RS VII b - Buenos Aires	7	2	9	0	9	0	3	6	8	1
RS VIII - Buenos Aires	3	6	6	3	6	3	5	4	6	3
RS XI - Buenos Aires	2	1	3	0	2	1	1	2	3	0

Base: Total de efectores que distribuyen material gráfico (N = 262).

Tabla 7. Requerimientos con respecto a la edad para realizar el test de VIH sin acompañamiento de adulto. Población general y mujeres embarazadas.

Respuesta	Para hacer el test a la población general		Para hacer el test a mujeres embarazadas	
	Número y %	% acumulado	Número y %	% acumulado
Sin restricción de edad para realizar el test	75 (23%)	23%	88 (27%)	27%
12-13	8 (2%)	25%	11 (3%)	30%
14	81 (24%)	49%	88 (27%)	57%
15-17	30 (9%)	58%	28 (9%)	66%
18-20	56 (17%)	75%	40 (12%)	78%
21	24 (7%)	82%	14 (4%)	82%
No refiere edad	19 (6%)	88%	18 (5%)	87%
No contesta / No corresponde	39 (12%)	100%	44 (13%)	100%
Total	332		331	

Base: Total de efectores que solicitan/ofrecen el test de VIH (N = 332 para población general; N = 331 y un centro de salud sin datos acerca de mujeres embarazadas).

Tabla 8. Oferta del test de VIH a la pareja de la mujer embarazada por tipo de efector.

Efector	No	Si	Sólo si la mujer tiene diagnóstico positivo
Centro de salud	31%	42%	23%
Hospital	21%	31%	36%
Maternidad	11%	33%	5%
Totales	26%	38%	29%

Base: Total de efectores que solicitan/ofrecen el test de VIH (N = 332 para población general; N = 331 y un centro de salud sin datos acerca de mujeres embarazadas).

Tabla 9. Número de establecimientos, por jurisdicción, que atienden a adultos, niños, mujeres embarazadas con VIH; establecimientos que entregan medicación ARV.

Jurisdicción	Atención adultos	Atención niños/as	Atención mujeres embarazadas	Entrega de medicamentos
CABA	15	6	14	19
Chaco	2	3	2	2
Chubut	5	5	5	5
Corrientes	1	1	2	3
Córdoba	14	4	11	5
Entre Ríos	6	2	7	7
Jujuy	3	3	3	4
La Pampa	5	3	4	3
La Rioja	4	4	4	1
Mendoza	7	2	5	3
Misiones	4	4	4	4
Neuquén	11	11	11	1
Río Negro	9	5	9	9
Salta	8	8	7	12
San Juan	2	1	1	2
San Luis	4	4	3	4
Santa Cruz	2	2	2	2
Santa Fe	15	16	16	19
Santiago del Estero	3	1	1	3
Tierra del Fuego	2	2	2	2
Tucumán	6	5	5	4
RS I - Buenos Aires	3	2	3	2
RS IV - Buenos Aires	11	1	4	11
RS V - Buenos Aires	16	8	19	19
RS VII b - Buenos Aires	4	5	5	6
RS XI - Buenos Aires	9	4	6	11

Base: Programas jurisdiccionales que remitieron información (N = 26).

Tabla 10 – Personas en seguimiento infectológico y con medicación AR V, según jurisdicciones. Establecimientos bajo estudio.

Jurisdicción	Hospital / maternidad	Personas en seguimiento infectológico	Personas con TARV
CABA	5	6.720	2.475
Chaco	2	543	173
Chubut	2	203	157
Corrientes	3	395	243
Córdoba	6	2.770	1.998
Entre Ríos	5	1.079	855
Jujuy	2	250	213
La Pampa	3	177	148
La Rioja	1	260	220
Mendoza	4	225	148
Misiones	3	767	357
Neuquén	3	470	340
Río Negro	6	489	160
Salta	5	307	397
San Juan	2	336	114
San Luis	3	241	112
Santa Cruz	2	160	100
Santa Fe	10	2.967	1.659
Santiago del Estero	2	326	181
Tierra del Fuego	2	94	30
Tucumán	6	353	272
RS I - Buenos Aires	3	616	205
RS IV - Buenos Aires	3	114	56
RS V - Buenos Aires	5	1.126	688
RS VI - Buenos Aires	5	2.003	829
RS VII a - Buenos Aires	4	2.080	1.402
RS VII b - Buenos Aires	1	350	180
RS VIII - Buenos Aires	2	318	126
RS XI - Buenos Aires	4	1021	505
Total	104	26.670	14.343

Base: Total de hospitales/maternidades que atienden PcVIH (N = 104).

Tabla 11. Disponibilidad y provisión de insumos (AZT y leche de inicio), según jurisdicción

Jurisdicción	Disponían siempre		Proveen leche de inicio
	AZT ampollas	AZT jarabe	
CABA	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
Chaco	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)
Chubut	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
Corrientes	3 (100%)	2 (67%)	2 (67%)
Córdoba	4 (67%)	4 (67%)	4 (67%)
Entre Ríos	4 (80%)	4 (80%)	4 (80%)
Jujuy	2 (67%)	3 (100%)	3 (100%)
La Pampa	2 (67%)	1 (33%)	3 (100%)
La Rioja	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
Mendoza	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)
Misiones	3 (100%)	3 (100%)	3 (100%)
Neuquén	1 (33%)	1 (33%)	2 (67%)
Río Negro	6 (100%)	6 (100%)	6 (100%)
Salta	3 (60%)	3 (60%)	3 (60%)
San Juan	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)
San Luis	2 (67%)	3 (100%)	2 (67%)
Santa Cruz	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
Santa Fe	8 (80%)	8 (80%)	10 (100%)
Santiago del Estero	1 (50%)	0	2 (100%)
Tierra del Fuego	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
Tucumán	3 (50%)	3 (50%)	3 (50%)
RS I -Buenos Aires	2 (67%)	2 (67%)	2 (67%)
RS IV -Buenos Aires	2 (67%)	2 (67%)	2 (67%)
RS V -Buenos Aires	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
RS VI -Buenos Aires	5 (100%)	5 (100%)	5 (100%)
RS VII a -Buenos Aires	4 (100%)	3 (75%)	4 (100%)
RS VII b -Buenos Aires	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)
RS VIII -Buenos Aires	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
RS XI -Buenos Aires	4 (100%)	4 (100%)	4 (100%)

Base: Total de hospitales/maternidades que atienden PcVIH (N = 94).

Tabla 12. Conformación del equipo de trabajo para atención de PcVIH en los establecimientos seleccionados, según jurisdicción.

Jurisdicción	Equipo multidisciplinario	Equipo área biomédica	Unipersonal	No corresponde/ No contesta
CABA	3	2		
Chaco	1			1
Chubut	2			
Corrientes	1	1	1	
Córdoba	6			
Entre Ríos	2		3	
Jujuy	2			1
La Pampa	1		1	1
La Rioja	1			
Mendoza	2	2		
Misiones	1	1	1	
Neuquén	2	1		
Río Negro	2	3	1	
Salta	3	2		
San Juan	2			
San Luis	3			
Santa Cruz	2			
Santa Fe	5	3		2
Santiago del Estero	1	1		
Tierra del Fuego		2		
Tucumán	3	2	1	
RS I - Buenos Aires	3			
RS IV - Buenos Aires	1		2	
RS V - Buenos Aires	2	2	1	
RS VI - Buenos Aires	3	1	1	
RS VII a - Buenos Aires	4			
RS VII b - Buenos Aires	1			
RS VIII - Buenos Aires		1	1	
RS XI - Buenos Aires	1	3		

Bibliografía

Almeida, C.; Báscolo, E. (2006) : “La utilización de los resultados de la investigación en el proceso de decisión, formulación e implementación de políticas: una revisión de la literatura”. *Cad. Saúde Pública*; 22 Sup: S7-S33.

Barrón López, S.; Libson, M.; Hiller , R. (2008) : *Estudio social en hombr es que tienen sexo con hombres (HSH)*. Buenos Aires, UBATEC S.A..

Bloch, C. (2007) : *Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, OPS/Ministerio de Salud.

Bronfman, M.; Langer , A.; Trostle, J. (2000) : *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción* . México D.F., Instituto Nacional de Salud Pública/Editorial El Manual Moderno.

Campos, G. (1997): *Reforma da reforma. Repensando a saúde*. San Pablo, Hucitec.

Campos, G. (2000): *Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a pr odução de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. San Pablo, Hucitec.

Campos, G. (2001) : *Gestión en salud. En defensa de la vida* . Buenos Aires, Lugar Editorial.

Cardona, A; Nieto, E; Restrepo, R. et al. (2006) : “Una propuesta de innovación en políticas de aseguramiento en salud, basada en hallazgos de investigación: el caso de los trabajadores cesantes en Medellín, Colombia”. *Cad. Saúde Pública*, 22 Sup: S87-S96.

Comas, A.; Fabro, M.; Seiffer, T. (2008): *Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/sida y otras ITS* . Buenos Aires, UBATEC S.A.

Fleury, S. (1999): “Políticas sociales y ciudadanía”. Mimeo, 27 páginas.

Gordon-Strachan, G.; Bailey , W.; Lalta, S. et al. (2006) : “Articulação entre pesquisadores e formuladores de políticas: alguns desafios e abordagens”. *Cad. Saúde Pública*, 22 Sup: S69-S76.

Mendes Diz, A. M.; Camarotti, A. C.; Schwarz, P (2008): Los usuarios de droga y el riesgo de transmisión del VIH/sida. Buenos Aires, UBATEC S.A.

Ministerio de Salud-Dirección de Sida y ETS (2008): Boletín sobre el VIH/sida en la Argentina. Año XI. N° 25, agosto.

Onocko Campos, R.; Furtado, J. (2006): “Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde” *Cad. Saúde Pública*; 22 (5): 1053-1062.

Onocko Campos, R. (2003): A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. En Campos, G., *Saúde Paidéia*, San Pablo, Hucitec. p. 122-52.

Onocko Campos, R. (2007): La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Pecheny, M.; Manzelli, H. (2008): Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina. Buenos Aires, Libros del Zorzal,.

Saavedra, L.; Kukurutz, A.; Calvi, G. (2008): Sistematización de experiencias del Proyecto País 2007. Buenos Aires, UBATEC S.A.

Secretaría de Salud (2004): Éxitos médicos, desafíos humanos: reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH. Coordinación Sida/Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Souza Minayo, M. C.; Assis, S. G.; Souza, E. R. (2005): Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Testa, M.,(1993): Pensar en salud. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Viana, A. L.; Machado, C. V.; Lima, L. D.; Baptista, T. W.; Mendonça, M. H.; Heimann, L. S. (2006): “Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil”. *Cad. Saúde Pública*; 22 Sup: S57-S67.

Weller, S. (2004): “Servicos de saúde e sexualidade: Uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão” [dissertação de doutorado]. Campinas, Universidad Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Médicas.

Weller, S. (2007): “La gestión como espacio de cambio”. En: Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la Coordinación Sida, Bloch, C. (organizador). Buenos Aires, Ministerio de Salud/GCBA, 82:129.

Weller, S. (2008): “Pesquisa, avaliação e gestão: da defesa de interesses corporativos para um melhor aproveitamento público dos esforços”. En Rosana Onocko Campos, Juarez Pereira Furtado, Eduardo Passos e Regina Benevides (Orgs.) *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narrativa*. Sao Paulo, Hucitec, 78:88.



PROYECTO: "ACTIVIDADES DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA EN ARGENTINA"
FINANCIADO POR EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA