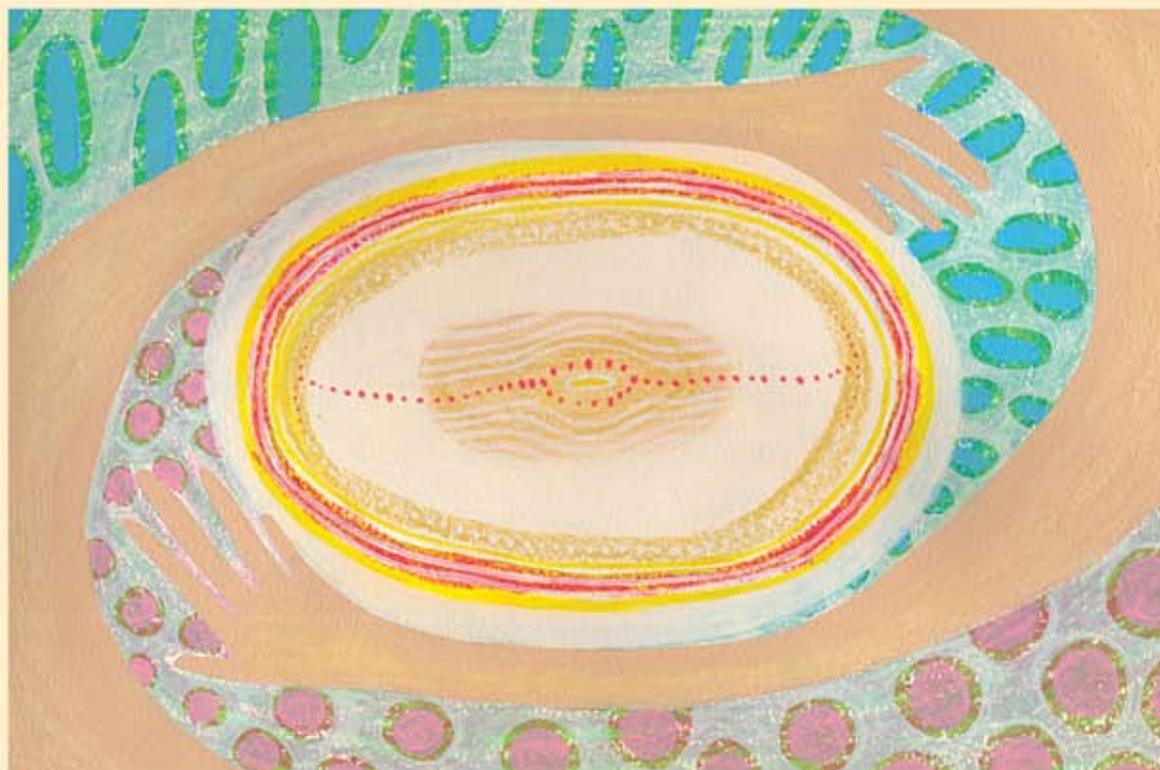


# MUCHO MÁS QUE DOS



Sistematización de experiencias de prevención  
de la transmisión madre-hijo del VIH/sida

COLECCIÓN **EN/CLAVE DE ACCIÓN**

PROYECTO "ACTIVIDADES DE APOYO PARA LA PREVENCIÓN  
Y CONTROL DEL VIH/SIDA EN ARGENTINA"





# MUCHO MÁS QUE DOS

Sistematización de experiencias de prevención  
de la transmisión madre-hijo del VIH-sida

COLECCIÓN **EN/CLAVE DE ACCIÓN**



Rojo, Agustín

Mucho más que dos: sistematización de experiencias de prevención de la transmisión madre-hijo del VIH-sida / Agustín Rojo; Lucila Tufro; Daniela Bruno. - 1ª ed. - Buenos Aires: UBATEC SA, 2008.

42 p.; 27x19 cm. - (EN/CLAVE DE ACCIÓN)

ISBN 978-987-24733-5-8

1. Sida. 2. Prevención. 3. Control. 4. Calidad de vida. I. Tufro, Lucila II. Bruno, Daniela III. Título CDD 362.196 979 2

Fecha de catalogación: 12/11/2008.

© UBATEC S.A. (2008) Viamonte 577 5º 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: Dr. Rodolfo Kaufmann  
Responsable del Área de Monitoreo y Evaluación: Dr. Eduardo Chávez Molina

Coordinación de la colección: Lic. Carolina Casullo  
Asistencia Técnica: Lic. Romina Stein

Producción y redacción: Lic. Daniela Bruno, Lic. Agustín Rojo y Lic. Lucila Tufro

Edición y corrección: Malala Carones y Ariel Solito  
Diseño e ilustración: María Cecilia Cambas y Vladimir Merchensky

 Eudeba

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.

# Presentación



El propósito de **EN/CLAVE DE ACCIÓN** es dar a conocer las experiencias realizadas en el marco del 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 en 2007 y 2008.

La colección intenta aportar conocimiento acerca de los escenarios concretos de las intervenciones en VIH/sida y, fundamentalmente, presentar recursos, herramientas y modos de trabajo, desarrollados desde organizaciones e instituciones del ámbito local. Su planificación y su producción implicaron un complejo proceso técnico de reflexión crítica para ordenar lo disperso y fragmentado. Asimismo, supuso una tarea de apropiación que permitiera recuperar, acumular y sistematizar las diversas experiencias de las organizaciones e instituciones involucradas. Se planteó esta empresa para dar cuenta de las actividades realizadas y sus resultados, y para proyectar nuevos contenidos e intercambios.

Con el propósito de indagar, describir y exponer la situación social de diferentes grupos de población en relación con el VIH/sida, estos módulos fueron pensados y desarrollados en tres niveles: como puerta de entrada, están los **conceptos clave**; para algunos, estas definiciones serán suficientes; para otros, constituirán una orientación hacia bibliografía y recursos más completos. Más adelante, se caracterizan los **problemas clave** para el trabajo en VIH/sida con cada población, como marco y fundamento de la posterior **reconstrucción y sistematización** de los conocimientos, competencias y modalidades de trabajo. Luego, en torno a ellos se presentan las principales **estrategias, experiencias y aprendizajes** surgidos de las intervenciones específicas en el marco del Proyecto País. Las prácticas seleccionadas funcionan como ejemplo de la heterogeneidad que resulta del juego de distintos valores, realidades locales, culturas e historias, y de la complejidad en el desarrollo de las actividades de cada organización.

Profundizar en estos recursos y experiencias incentiva a mejorar las estrategias de intervención y a revisar los distintos enfoques y miradas para fortalecer modelos de mayor participación, eficacia y confianza para el abordaje de la epidemia.

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria fue creado –en enero de 2002– como una institución financiera destinada a complementar los programas existentes y enfrentar las tres enfermedades. Su finalidad es atraer, gestionar y asignar recursos adicionales a través de la participación de instituciones gubernamentales, privadas y no gubernamentales, para contribuir de un modo sostenible y significativo a la reducción de las infecciones y a mitigar las repercusiones de estas enfermedades. Argentina –desde 2004– lleva a cabo el proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida”, que comprende tres objetivos principales: la prevención para población general y específica, el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida y el fortalecimiento de la capacidad operativa del sistema de salud comprometido en el campo del VIH/sida. Desde 2006, UBATEC S.A. gestiona las actividades tendientes al cumplimiento de dichos objetivos en calidad de Receptor Principal de los fondos otorgados.

Esperamos que la presente colección sea un aporte para las instituciones, organizaciones y personas interesadas en construir, reflexionar y fomentar el trabajo vinculado a la prevención del VIH/sida, y constituya un apoyo a la creatividad e impulso de las organizaciones y redes, fortaleciendo lo que hacen y conocen para poder transformar la realidad.

Dr. Rodolfo Kaufmann  
*Coordinador Técnico*

Dra. Laura Boveris  
*Directora General de UBATEC S.A.*



# Conceptos clave



## La transmisión vertical del VIH y su prevención

La transmisión vertical del VIH –también llamada perinatal o madre/hijo– es una de las tres vías por las que una persona puede adquirir este virus; las otras son la sexual y la sanguínea. La transmisión vertical se puede producir durante el embarazo, en el momento del parto o durante el amamantamiento. Los mecanismos biológicos son diferentes en cada uno de estos momentos. No obstante, en todos los casos se trata del ingreso del virus –presente en la madre– al cuerpo del niño. Por eso, aun cuando se transmita por esta vía, se trata de una infección adquirida y no de una patología “congénita” o “hereditaria”. Es decir, se trata de un proceso infeccioso que, dados los avances científicos y técnicos actuales, puede ser evitado en una altísima proporción de los casos.

La prevención de la transmisión vertical del VIH tuvo un salto cualitativo a partir del protocolo de estudio ACTG 076, realizado en EE. UU. y Francia en 1994, que demostró la efectividad del uso de Zidovudina (AZT) para evitar la infección de los hijos de mujeres VIH positivas. La tasa de transmisión pasó del 25% sin tratamiento al 8% con la administración de AZT durante el embarazo, el parto y las primeras 6 semanas de vida del bebé. El AZT fue bien tolerado y los efectos colaterales a corto plazo fueron raros y reversibles. **Así, tras esta comprobación, la oferta del test de VIH a las mujeres embarazadas adquirió una dimensión estratégica.**

Si bien el esquema general más ampliamente difundido sigue siendo el surgido del Protocolo 076, a partir de la incorporación de los tratamientos antirretrovirales de alta eficiencia, la tendencia mundial –verificada también en nuestro país– es utilizar esquemas combinados y no sólo AZT.

Sin entrar en cuestiones técnicas, quisiéramos detenernos un momento en el esquema propuesto por el Protocolo 076. Aunque fue elaborado en términos estrictamente médicos y centrándose en el posible pasaje del virus de la madre al hijo, es factible realizar una lectura de este instrumento relacionándolo con los procesos sociales e institucionales en los que la profilaxis debe y puede (o no) llevarse a cabo.

### *Profilaxis de la transmisión perinatal del VIH con zidovudina (Protocolo ACTG 076)*

► **Administración durante el embarazo (primer componente):** iniciar AZT por vía oral, no antes de la semana 14 de gestación y continuar hasta iniciado el trabajo de parto.

► **Administración durante el trabajo de parto o cesárea (segundo componente):** iniciar AZT endovenoso desde el inicio del trabajo de parto o 2 horas antes de la cesárea programada.

► **Administración al neonato (tercer componente):** preferentemente, iniciar entre las 8 y 12 horas posparto, o antes de las 48 horas y mantener hasta cumplir las 6 semanas de vida.

Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA/ETS. Ministerio de salud de la Nación Argentina, noviembre 2001

Hemos eliminado las dosis, presentaciones y especificaciones sobre formas de administración de las drogas para poder centrarnos en algunos supuestos del Protocolo 076 que van a ser fundamentales al momento de encarar la prevención de la TV.

Por un lado, la simple enumeración de estos tres componentes permite identificar posibles **dificultades** para su aplicación plena. En efecto, supone:

- 1) que la mujer embarazada controla su embarazo y que lo hace desde un comienzo, o por lo menos antes de la semana 14 de gestación;
- 2) que desde la institución de salud se le ofrece el test de VIH y ella acepta realizarlo;
- 3) que, en el caso de que su resultado sea positivo, accede a la medicación antirretroviral y se le informa sobre los mecanismos de prevención de reinfecciones;
- 4) que llega al parto con los estudios previos y accede a las drogas necesarias en ese momento;
- 5) que se le informa sobre la posibilidad de transmisión a través de la lactancia y accede a sustituto de la leche materna e inhibidores de la lactancia.

Pero, por otra parte, estas mismas etapas o componentes del protocolo señalan las **oportunidades** que existen para la prevención, aun en el peor de los escenarios. Por caso, si una mujer con VIH no realizó tratamiento ni durante el embarazo o incluso durante el parto porque no se llegó a tiempo con la serología, es posible reducir la probabilidad de transmisión del virus al bebé administrándole el tercer componente del protocolo. En otras palabras: la existencia de drogas de alta efectividad y de procedimientos que se han demostrado eficaces son elementos fundamentales para evitar la transmisión del VIH al bebé. Pero esto no significa que las estrategias de prevención en este terreno se limiten a que “los profesionales apliquen un protocolo al binomio madre/hijo”.

Lejos de ser una cuestión médica o farmacológica centrada en la mujer con VIH y su hijo, la prevención de la TV debe incorporar necesariamente acciones tendientes a remover los obstáculos sociales, culturales e institucionales para el acceso a los servicios de salud de los sectores más vulnerables de la población. Y, simultáneamente, optimizar o al menos aumentar la disponibilidad y oferta de recursos por parte de las instituciones y equipos de salud a esos mismos sectores, incluidos los varones, parejas sexuales de las mujeres embarazadas.

Tal como señala una investigación sobre atención de la salud reproductiva de personas con VIH en hospitales porteños (Weller, Portnoy, Gogna, 2004), en la prevención de la transmisión vertical conviven “éxitos médicos y desafíos humanos”.



## Datos epidemiológicos sobre transmisión vertical <sup>1</sup>

La mayor concentración de casos de VIH-sida se presenta en personas en edad reproductiva. De allí la importancia de focalizar acciones de prevención en mujeres y varones en edad fértil en general, así como en mujeres embarazadas y sus parejas sexuales en particular, a fin de realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados, tanto para los adultos involucrados como para sus hijos.

En este sentido, conviene recordar que la edad de diagnóstico de infección ha aumentado levemente en el período 2001-2007. Entre los varones, la mediana de edad aumentó de 32 a 36 años en ese período, mientras que en las mujeres se mantuvo relativamente estable, pasando de 31 a 32 años. Esto significa que se ha ampliado la diferencia de edad de diagnóstico entre ambos sexos.

En cuanto a los datos sobre transmisión vertical, existe un hito en nuestro país que se da con la publicación y difusión en 1997 de la **Norma Nacional de Sida en Perinatología**, que incluye la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la realización de la serología para VIH, previo aconsejamiento y respetando el consentimiento informado. Esto contribuyó a aumentar la detección precoz de la infección en mujeres embarazadas y también la oportunidad de ofrecerles tratamiento antirretroviral.

Desde 1986 se notificaron 3.660 personas infectadas por transmisión vertical, de las cuales 1.493 fueron diagnosticadas entre 2001 y 2007. A su vez, los niños que nacieron con VIH en ese período según las notificaciones fueron 788.

En el siguiente gráfico se presenta la tasa de niños infectados (TNI) por transmisión vertical por cada 10.000 nacidos vivos. Esta tasa se calcula como el número de niños infectados por transmisión vertical en un año dado, sobre el número total de niños nacidos vivos ese año; y **no debe confundirse con la tasa de transmisión vertical, que se calcula como el número de niños infectados por TV respecto del número de partos de mujeres VIH+**. La TNI muestra un aumento hasta el período 1995-1996, momento a partir del cual comienza a descender sostenidamente. Esto coincide con la implementación en nuestro país (1995) del mencionado Protocolo ACTG 076 y el ofrecimiento de test voluntario a todas las embarazadas.

<sup>1</sup> Los datos presentados en este apartado fueron transcritos del *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina* n.º 25, de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, agosto de 2008.

### Tasa de niños infectados notificados por transmisión vertical por 10.000 nacidos vivos



De los 788 niños nacidos con VIH a partir de 2001, casi la mitad (45,5%) vive en la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires, en tanto que un 32,1% vive en el resto del área central del país –Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Provincia de Buenos Aires no-GBA–.

Hay un dato para tener en cuenta al momento de encarar la tarea de prevención y pensar en sus dimensiones sociales, políticas y económicas: si bien globalmente el 61,4% de los diagnósticos por transmisión vertical se produjo en una etapa asintomática (mientras que el otro 38,6% fueron diagnósticos tardíos), existen importantes diferencias regionales. En el período 2001-2007 el diagnóstico tardío por lugar de residencia se distribuyó de la siguiente manera: 27% en la Ciudad de Buenos Aires; 36,2% en la región centro (Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y Provincia de Buenos Aires no-GBA); 40% en la Patagonia; 41% en el GBA; 45% en el NEA y 54% en el NOA. Salta a la vista que las mayores dificultades para la detección no guardan relación directa con la mayor o menor expansión de la epidemia.

### Cómo y a quién se le hace el test de VIH: consentimiento informado e incorporación de la pareja sexual de la mujer embarazada

Como ya se señaló, el diagnóstico precoz de la infección por VIH en la mujer embarazada permite un abordaje temprano de la prevención de la TV. En este marco, la consulta obstétrica se presenta como el lugar privilegiado para realizar la oferta de



test a la embarazada en un marco de asesoramiento, y así lo confirman las recomendaciones nacionales e internacionales sobre el tema. Por ejemplo, la mencionada Norma Nacional de SIDA en Perinatología, publicada en septiembre de 1997, consignaba: “[...] se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal y a las puérperas que no controlaron su embarazo, previo al alta”.

Recordaba, a renglón seguido, que “la ley 23.798 y su decreto reglamentario 1244/91 exigen el consentimiento informado y escrito de la paciente, o de sus padres, tutor o encargado si es menor de edad, para efectuar serología para VIH”.

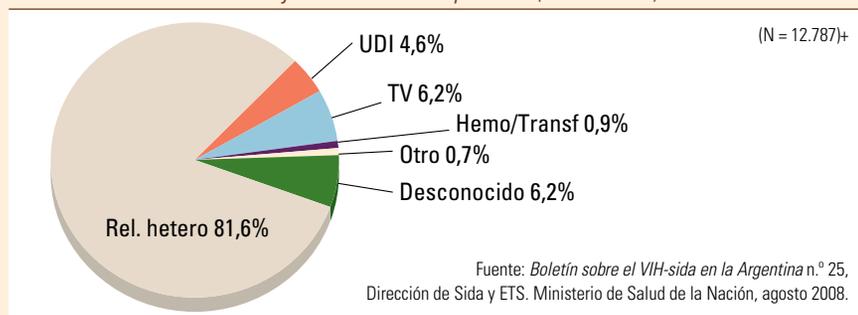
Y más adelante establecía –y esto queremos subrayarlo– que “En *pacientes con riesgo*, ésta se repetirá cada tres meses, si es positiva deberá corroborarse con una prueba confirmatoria. En caso de un resultado positivo, confirmado, se ofrecerá extender el estudio a sus parejas sexuales e hijos. Las pruebas indeterminadas requieren una consulta con infectología”.

Esta primera norma, pionera en la prevención del VIH, incluía a la pareja sexual sólo en el caso en que la mujer fuese diagnosticada VIH positiva, no obstante cabe señalar que algunas mujeres con un primer resultado negativo podían ser consideradas a priori en una situación de mayor “riesgo”.

Cuatro años después, en noviembre de 2001, las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH, elaboradas por la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA/ETS Argentina del Ministerio de Salud de la Nación, retomaban la indicación: “Se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal a todas las embarazadas en la primera consulta. A las mujeres que consultaron precozmente, ofrecer la serología para VIH también en el tercer trimestre del embarazo si es posible”.

Esta nueva formulación, que elimina la expresión “pacientes en riesgo”, supone en cambio que *todas* las mujeres pueden infectarse durante el embarazo aunque en un primer estudio hayan resultado VIH negativas. De allí que, un poco más adelante, sus autores agregaran un párrafo más que fundamental: “Se sugiere ofrecer la serología a todas las mujeres y a sus parejas en los estudios preconceptionales o en la consulta ginecológica”.

#### Vías de transmisión de mujeres infectadas por VIH (2001-2007)



Entendemos ahora que el “riesgo” del que hablaba la norma estaba asociado al hecho de que la mayoría de las mujeres infectadas en nuestro país han adquirido el virus por vía sexual y, en muchos casos, de sus “parejas estables” (ver gráfico).

Por eso, las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH pueden ser entendidas como una bisagra entre una visión tradicional y otra que recupera lo aprendido a lo largo de años de trabajo con PVVS. La primera se centraba en el proceso de infección “materno-fetal”, y su objetivo era evitar la transmisión del virus al “neonato”; se apoyaba, además, en una construcción de género que hace a la mujer responsable de los hijos (plasmada en la indicación de reiterar el análisis a lo largo del embarazo). La segunda, en cambio, incorpora aspectos subjetivos y, haciéndose cargo de la experiencia, propone la creación de ámbitos novedosos donde la prevención de la transmisión vertical del VIH sea abordada en el marco de los derechos reproductivos de las PVVS incluidos varones y mujeres. Se hace evidente en esta normativa un campo de tensión que la propia práctica va modificando. De hecho, la ley nacional que establece la obligatoriedad de ofrecer el test a toda mujer embarazada<sup>2</sup>, sancionada casi simultáneamente con estas recomendaciones, no incluye en su texto la oferta a la pareja.

Esta tensión, obviamente, excede el marco de la atención médica del embarazo. Los desafíos planteados por esta recomendación, como se verá en la segunda parte, encuentran en las creencias y prácticas de la mayoría de las personas –tanto en los usuarios de los servicios de salud como en sus equipos– su primer escollo. Basta con comparar el número de varones que concurren a los centros de salud, de primer nivel u hospitalarios, en relación con las mujeres, para comprender que difícilmente un profesional, un equipo de salud o un hospital por sí solos logren superar dichos desafíos.

## Disponibilidad y Accesibilidad



Desde el punto de vista de los servicios de salud, imprescindibles en el proceso de prevención del TV en tanto requiere de un seguimiento del embarazo y de la infección de la madre en simultáneo, gran parte de los desafíos que se plantearon anteriormente pueden resumirse en las categorías de Disponibilidad y Accesibilidad. Conviene, aunque sea mínimamente, consignar el significado de estos términos ya que implican miradas diferentes sobre los problemas de salud de la población en general y de las PVVS en particular.

<sup>2</sup> Obligatoriedad de ofrecer el test de VIH a toda mujer embarazada. Ley 25.543, sancionada el 27 de noviembre de 2001 y promulgada de hecho el 7 de Enero de 2002. Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada. Consentimiento expreso y previamente informado. Cobertura. Establecimientos asistenciales. Autoridad de aplicación.

Utilizaremos la definición que estableció el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en una “Observación general” sobre el derecho a la salud, adoptada en 2000.<sup>3</sup>

Tras señalar que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también sus principales factores determinantes, “como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”, la observación menciona los cuatro elementos que abarca el derecho a la salud:

• **Disponibilidad.** *Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.*

Como se verá en la segunda parte al analizar los proyectos llevados a cabo en nuestro país, los sistemas de salud (tanto provinciales, como nacional o municipales) tienden a garantizar la disponibilidad de servicios vinculados a la atención médico-farmacológica de la población con VIH-sida y, en menor escala, aquellos orientados a la promoción y la prevención. De hecho, la sustentabilidad de muchos proyectos se ve dificultada por la ausencia de recursos tanto materiales como humanos garantizados desde el sistema de salud más allá del financiamiento del Fondo Mundial.

• **Accesibilidad.** *Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte:*

- *no discriminación;*
- *accesibilidad física/geográfica;*
- *accesibilidad económica (asequibilidad);*
- *acceso a la información.*

Queda claro que el elemento de accesibilidad va más allá de la existencia o no del servicio o recurso para avanzar en las posibilidades reales de hacer uso de ellos por parte de la población. En el caso que nos ocupa, es central analizar cuáles son los factores por lo que las PVVS no llegan a tiempo a realizar controles médicos disponibles, que mejorarían sus condiciones de salud y las de sus hijos. Las dimensiones planteadas por las Naciones Unidas –*no discriminación, accesibilidad física y económica, acceso a la información*– son una buena herramienta para analizar en los procesos concretos cuál de todas es la que funciona como barrera para el acceso de las mujeres con VIH, sus parejas y sus hijos a los recursos de prevención. Como se ha señalado en otros módulos de esta serie, estigma, pobreza, prejuicios y falta de información forman parte de la vida cotidiana de los servicios de salud en los que se atienden las personas con VIH.

• **Aceptabilidad.** *Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.*

<sup>3</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

Pocos terrenos como el de la prevención de la transmisión vertical del VIH ponen en juego tan evidentemente las tensiones que se generan entre ciertas tradiciones culturales, el respeto por la autonomía de las personas y los roles de género. Ejemplo de esto son la “patologización” del embarazo adolescente, la “prescripción” de no tener hijos a las mujeres con VIH, unida a las dificultades para ofrecerles métodos anti-conceptivos, o la imposibilidad de uso del preservativo en el ámbito de la pareja.

• **Calidad.** *Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.*

Es importante señalar en este punto que la calidad profesional de los equipos de salud también ha sido concebida y evaluada históricamente con criterios biomédicos. En el mencionado trabajo de Weller *et al.* (2004) se puede ver con claridad cómo los propios integrantes del equipo de salud perciben que las tareas de asesoramiento, orientación y escucha de los y las pacientes, es decir, la incorporación de aspectos subjetivos en la consulta, es resultado de su predisposición personal y no parte de su rol profesional. Y en esta dimensión vivida como “personal” y “no médica” entran cuestiones fundamentales como la sugerencia u orientación hacia un servicio social, la invitación de la pareja a la consulta, la recomendación de apoyo psicológico, entre otras. Cuestiones indiscutiblemente inseparables de la calidad de atención, que no siempre son evaluadas como tales.





# Problemas clave

*“Objetivo específico 1.4: prevenir la transmisión materno-fetal del VIH. Beneficiarios: mujeres embarazadas y niños por nacer.”*

Proyecto *Supporting Activities to HIV/AIDS Prevention and Control Measures in Argentina*. Country Coordinating Mechanism. Propuesta de Argentina al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria. Marzo de 2002.

*“Orientado a la meta de reducir drásticamente la transmisión vertical en el país, el Programa Nacional de Lucha contra Retrovirus del Humano Sida y ETS ha definido, para el gasto de los recursos que aporta el Fondo Mundial tres sectores que deben estar involucrados en todos los proyectos: mujeres embarazadas y en edad fértil y **sus parejas sexuales**; recursos humanos en salud (atención primaria de la salud y hospitales) y sociedad civil.”*

Proyecto *Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH/SIDA en la Argentina*. Mecanismo Coordinador País. Guía para la formulación y presentación de sub-proyectos de continuación de transmisión vertical. Marzo de 2008.

Seis años transcurrieron entre la propuesta del Proyecto Argentina<sup>4</sup> al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria y la convocatoria<sup>5</sup> para presentar proyectos de continuidad en transmisión vertical, que se reproducen como acápite.

Algo se hizo evidente en el transcurso de esos años: en la prevención de la transmisión vertical del VIH, los “beneficiarios” son muchos más que las mujeres embarazadas y los niños por nacer. Y muchísimos más que dos son los actores involucrados al momento de encarar una respuesta realmente efectiva a esta problemática.

Atender a esto desde el comienzo es fundamental para no recaer en estrategias “rengas” que enfatizan sólo uno de los múltiples aspectos relacionados con la transmisión vertical, que –como ya fue dicho– involucra a instituciones de salud a las que las y los ciudadanos concurren más allá del VIH y con las que tienen vínculos complejos y, muchas veces, conflictivos. Pero, además, esas mismas instituciones son sólo una

<sup>4</sup> <http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/PROYECTO-ARGENTINA.pdf>

<sup>5</sup> [http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/actividades\\_guiascontinuidad2008.htm](http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/actividades_guiascontinuidad2008.htm)

parte del contexto social en el que la epidemia y su respuesta se desenvuelven.

Si se observan los *partners* propuestos en el Proyecto País original de 2002, veremos un amplio predominio de instituciones científico-médicas y/o asociadas a la problemática de la mujer, que pone de manifiesto –ahora en la definición concreta de los actores– el sesgo que señalamos al momento de presentar los conceptos clave:

“Organizaciones de mujeres, ONG, foro de ONG, Sociedad Argentina de Sida, servicios de obstetricia de hospitales públicos, obras sociales y seguridad social, Programa Nacional de Sida, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Consejos Nacional, Provincial y Municipal de la Mujer, Unicef, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad de Ginecología y Obstetricia, Federación de Obstétricas, Centro Nacional de Referencia en Sida, grupos de preparación psicoprofiláctica para el parto”.

Este sesgo se reitera cuando se definen las principales estrategias a seguir:

- a) Capacitación de médicos y equipos de salud, a fin de aumentar el ofrecimiento de realización del test de VIH.
- b) Garantizar una clara y eficaz información en las situaciones de pre y post test, en el marco del consentimiento informado, a las mujeres embarazadas.
- c) Intervenciones destinadas a aumentar la asistencia a controles de las mujeres de los sectores en situación de pobreza y de embarazadas adolescentes, incluyendo consejería y asistencia domiciliaria.
- d) Ampliación de las actividades de educación continua en vistas a aumentar la accesibilidad de las embarazadas a la prueba del VIH.
- e) Implementación del testeo rápido en embarazadas en las regiones donde no hay capacidad instalada para realizar el test ELISA y de las parturientas que llegan al parto sin haberse testeado por el VIH durante los controles prenatales.
- f) Determinación de la incidencia de VIH por Recent HIV Seroconversion Strategy en embarazadas”.

Como veremos a continuación, el propio desarrollo del proyecto país hizo que la lectura se complejizara y enriqueciera, incorporando en el análisis variables vinculadas con los modelos de gestión, la formulación de diagnósticos locales y la participación de actores no tradicionales en las acciones de prevención.

Así se refleja este cambio en la ya citada *Guía para la formulación de sub-proyectos* de comienzos de 2008:



“Dado el estado actual del conocimiento científico y las experiencias, fundamentalmente acumuladas en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados, existen estrategias de prevención y herramientas de gestión eficaces que permiten reducir significativamente la transmisión vertical del VIH en Argentina.

Las políticas públicas de salud constituyen un factor determinante para garantizar que las intervenciones puedan alcanzar sus objetivos tanto en los países como en sus provincias, municipios e instituciones. Estas acciones mantienen una relación significativa con los contextos culturales, económicos y muy especialmente con la accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios para favorecer que las mujeres embarazadas puedan, o elijan, en qué servicios de salud desean asistirse.

Orientado a la meta de reducir drásticamente la transmisión vertical en el país, el Programa Nacional de Lucha contra Retrovirus del Humano Sida y ETS (PNLRH Sida y ETS) ha definido, para el gasto de los recursos que aporta el Fondo Mundial, tres sectores que deben estar involucrados en todos los proyectos:

- ▶ Mujeres embarazadas y en edad fértil y **sus parejas sexuales**.
- ▶ Recursos humanos en salud (atención primaria de la salud y hospitales).
- ▶ Sociedad civil.

Es recomendable la inclusión de profesionales y personas capacitadas con experiencia reconocida en VIH/sida con el fin de elevar la capacidad operativa de los proyectos y mejorar su impacto.

Finalmente, resulta indispensable que los proyectos en su ejecución evidencien avances claros y objetivos en la articulación institucional entre los programas materno-infantil, atención primaria de la salud, epidemiología, redes de laboratorio y las organizaciones de la sociedad civil”.



## Modalidad de gestión del proyecto de Prevención de la Transmisión Vertical

El Proyecto País de Argentina adoptó como estrategia general el apoyo técnico y financiero a micro proyectos bajo tres modalidades de gestión: **Selección competitiva** de proyectos

de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (basada en requisitos y lineamientos establecidos para cada convocatoria); **Sectorial** (inclusión de la temática en el ámbito educativo y formulación e implementación de proyectos de prevención del VIH/sida en personas privadas de libertad). En este caso, el requisito fue el involucramiento de las autoridades estatales de educación y salud y de las áreas penitenciario-judicial y/o seguridad respectivamente. Y **Territorial** (formulación e implementación de proyectos con base jurisdiccional referidos a la adherencia al tratamiento de la infección por VIH y la prevención de la transmisión vertical). En el caso de la TV, el eje de los proyectos jurisdiccionales fueron los programas provinciales y, según los casos, contaron con mayor o menor participación de las autoridades, efectores del sector público de salud y organizaciones, grupos y redes de la sociedad civil.

Como sucede con los proyectos de adherencia, personas privadas de libertad y educación, se percibe desde la formulación misma del proyecto de transmisión vertical el rol protagónico asignado a los actores estatales, aun cuando se mencione explícitamente la necesidad de incorporar como partners a las organizaciones de la sociedad civil. A continuación, intentaremos reflejar algunos de los principales nudos problemáticos que surgieron de la ejecución de los subproyectos de transmisión vertical del VIH y veremos que no siempre los criterios planteados en la propuesta original del proyecto territorial lograron materializarse.

## Consejería y testeo: los roles del Estado y de los promotores

La opinión coincidente del equipo de monitoreo de esta línea de intervención es que, en las jurisdicciones, se reproduce un marco general similar al que históricamente tuvo el Programa Nacional de Sida: fuerte desarrollo del área médico-asistencial por parte de los programas provinciales y muy escaso impulso a las estrategias de prevención que quedan predominantemente en manos de organizaciones de la sociedad civil, con recursos muchas veces limitados. También es similar la fragmentación existente en el Estado entre los distintos programas de salud, y entre ellos y los efectores que atienden de manera directa a los usuarios del sistema. Los acuerdos logrados en un nivel (programas) no necesariamente se trasladan al otro (efectores), y lo mismo sucede con las estrategias implementadas.

Así las cosas, el esfuerzo por incorporar actores no gubernamentales fue evidente en la mayoría de los subproyectos. En algunos casos, se sumaron organizaciones previamente conformadas y, en otros, se trató de incorporar promotores con experiencias cercanas y asociados en buena medida al primer nivel de atención. Los resultados, como se verá, fueron dispares.

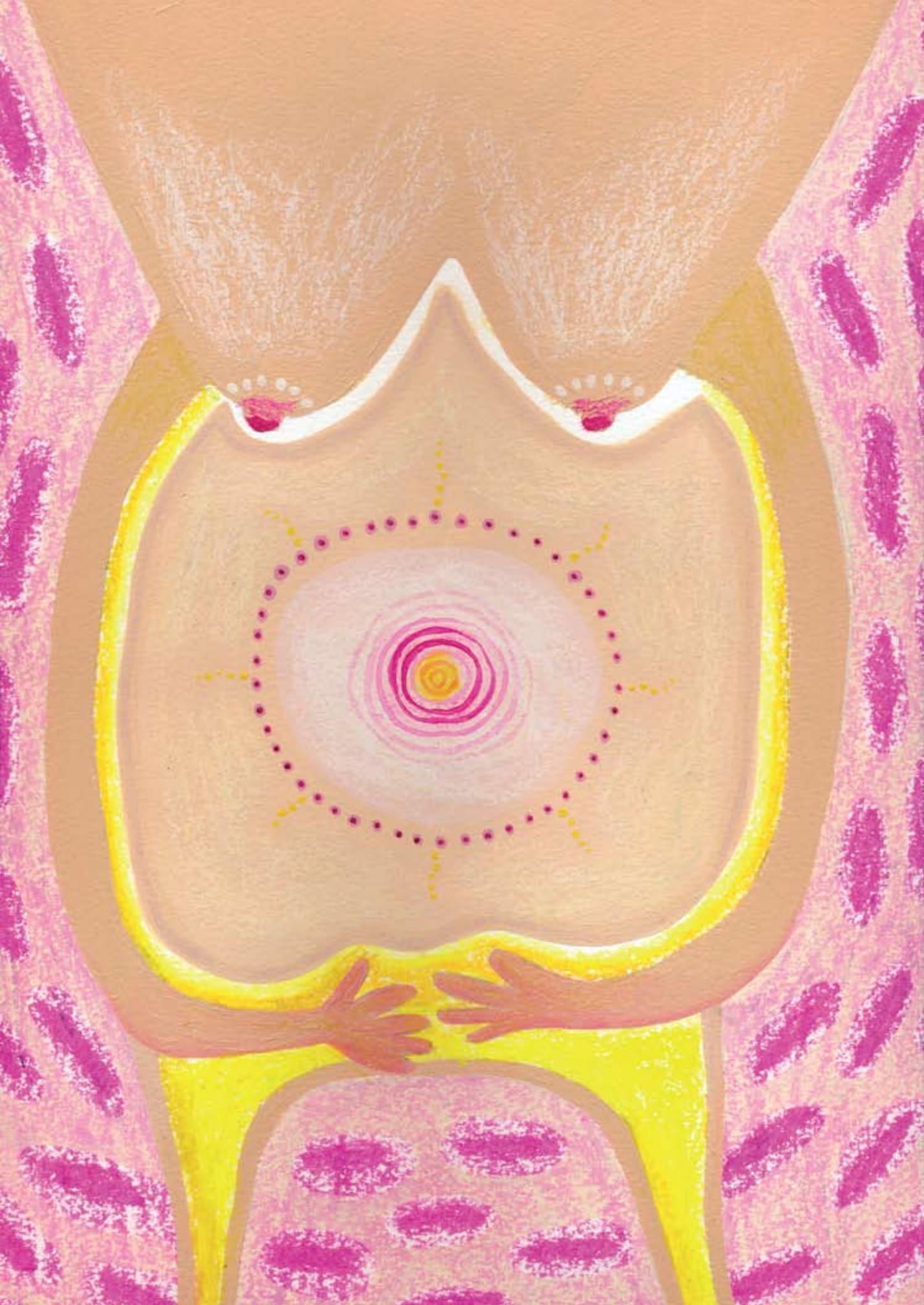
Un taller nacional realizado en la ciudad de Buenos Aires en noviembre de 2007<sup>6</sup> reunió a representantes de los subproyectos de transmisión vertical financiados por el Fondo Mundial junto a las otras jurisdicciones que, contando con programas de VIH/sida e ITS, no tenían proyectos en curso. La intención era reflexionar y discutir sobre lo realizado hasta el momento y, a partir de esa experiencia, establecer consensos sobre líneas de trabajo para el conjunto del país. El encuentro se propuso avanzar en la definición de estrategias comunes que, aun con la heterogeneidad y las particularidades de las distintas regiones, permitieran elaborar indicadores nacionales únicos.

Hubo acuerdo general en cuanto a la necesidad de institucionalizar las actividades de promoción y las prácticas de consejería y testeo para lograr su sustentabilidad.

En ese marco, el tema de las actividades de consejería y testeo constituyó uno de los núcleos del debate. A pesar de las diferencias regionales, la **sustentabilidad** de las acciones que se venían desarrollando era una preocupación generalizada en todas las jurisdicciones, tanto las que tienen una importante prevalencia de VIH como aquellas donde la epidemia es menor. Gran parte de la discusión giró en torno de cómo dar continuidad a las actividades de consejería y testeo y centralmente al trabajo de los promotores, cuando no exista financiamiento externo.

Hubo acuerdo general en cuanto a la necesidad de institucionalizar las actividades de promoción y las prácticas de consejería y testeo para lograr su sustentabilidad. “El voluntarismo no sirve” fue la frase que sintetizó esta idea.

<sup>6</sup> BARBER, N.: *Sistematización del Taller Nacional de Proyectos de Transmisión Vertical del VIH*. Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS / Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA-UBATEC. Buenos Aires, 1 y 2 de noviembre de 2007. UBATEC, Mimeo.



Varios fueron los matices que surgieron durante el debate sobre este tema. Partiendo de la necesidad de que los promotores “formen parte de los equipos de salud, de que su actividad sea profesionalizada y su trabajo, rentado”, algunos participantes subrayaron la importancia de “la capacitación de personas que trabajan en salud a nivel primario y secundario”, lo cual fue ampliamente compartido. Otros agregaron que dichas capacitaciones debían estar condicionadas y ser para personal de planta permanente, entendiendo que esto garantizaría su continuidad. Sin embargo, según la experiencia de varios de los presentes, la estabilidad laboral de los promotores o agentes de salud por sí sola no alcanza, ya que “a menudo, el interés que ciertas personas puedan mostrar por estas tareas se ve sobrepasado por las exigencias institucionales”.

Ampliando la mirada más allá del sector salud, se consideró también la posibilidad de capacitar personal de los municipios y de diversos organismos del Estado como secretarías de promoción social, de educación, etc., o de planes nacionales como el Plan Nacer, o a personas que tienen planes sociales, como por ejemplo el Plan de Jefas y Jefes como “estrategia para aportar a la sustentabilidad de los promotores”.

Finalmente se consideró “la efectividad de trabajar con líderes comunitarios / barriales / sociales en tanto conocen la realidad del lugar y su intervención puede favorecer la comunicación”.

Como se ve, el problema de la sustentabilidad plantea inmediatamente el de la relación siempre compleja del Estado y la sociedad civil. En general, los promotores que se sumaron a los proyectos fueron convocados por fuera de la estructura estatal, pero a medida que sus tareas se asociaron a estrategias de mayor envergadura (organización de un centro de testeo voluntario, por ejemplo), la articulación con las instituciones de salud también se hizo más compleja. ¿Se trata de incorporar los promotores al Estado?, ¿de que el Estado –el hospital, el programa, el centro– “salga” a los barrios?, ¿es una cuestión del primer nivel de atención?, ¿es la vieja contradicción entre asistencia y prevención, entre atención primaria y secundaria?

El dilema quedó planteado durante el encuentro cuando en una comisión de trabajo se afirmó que “si bien la figura del promotor es altamente valorizada, la responsabilidad de los servicios de salud en las actividades de prevención, consejería y testeo no debe ser reemplazada”. A lo que se agregó que era positivo “que las actividades de consejería sean asumidas por un equipo de promotores dada la manifiesta incapacidad de los médicos para llevarla a cabo”, pero, por otro lado, “que el trabajo de los promotores no excluya la responsabilidad del equipo de salud recurriendo a mano de obra barata”.

Las expresiones transcritas, que distan mucho de ser una descripción objetiva, tienen el valor de reflejar la tensión y conflictividad en que se desarrolla cualquier acción preventiva en ámbitos institucionales del sistema de salud. El desafío es poder procesar estas diferencias para poder ver, por ejemplo, que existen médico/as con amplias capacidades para asumir tareas preventivas y espacios de participación activa y valorada para los promotores, cuyo rol principal es ser referentes de sus respectivas comunidades.



### *El desarrollo de los proyectos*

Estos temas adquieren características particulares de acuerdo con el lugar y los actores que intervienen en cada sub-proyecto. A continuación se presentan algunas experiencias concretas sintetizadas a partir de informes del equipo de monitoreo del proyecto. Si bien en todas el rol de los promotores estuvo asociado fundamentalmente a la consejería y la promoción del test, alcanzó en cada lugar distintos niveles de desarrollo: el “piso” común a todos ellos fue la distribución de material preventivo –folletos y preservativos– en ámbitos comunitarios; el “techo” es más difícil de establecer, pero se asocia a la articulación permanente con los efectores del sistema de salud en tareas de mayor complejidad como el asesoramiento pre y postest y la solicitud del consentimiento a los consultantes, el acompañamiento de personas con VIH en su relación con los servicios, la capacitación de recursos humanos, el asesoramiento relacionado a anticoncepción y reproducción en PVVS, entre otras.

En la provincia de Corrientes,<sup>7</sup> por ejemplo, las acciones de sensibilización y promoción han sido la principal línea de trabajo donde del programa provincial junto con la Asociación Vida y un grupo de promotores adolescentes. La fuerte articulación entre el programa y las ONG/OSC ha permitido desarrollar esta tarea en las distintas zonas sanitarias, de manera itinerante, mediante la instalación de centros móviles. No obstante, no hay una inclusión clara del traba-

---

<sup>7</sup> Nombre del proyecto: *Por mi cunumi*.

Nombre de la organización: Dirección General de Programación y RR. HH. del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes.

Contacto: Av. Gobernador Ruiz 2639, ciudad de Corrientes, provincia de Corrientes (3400). Tel. (0378) 475311.

jo de los promotores y la ONG en los espacios institucionales de salud, tanto en los centros periféricos como en el ámbito hospitalario. En este marco, la recomendación para el testeo de la pareja hecha desde los actores del proyecto ha alcanzado hasta la fecha a menos del 10% de las parejas del total de mujeres embarazadas en seguimiento. Cabe señalar, sin embargo, que en la Maternidad Vidal comienza a organizarse de manera incipiente un servicio de consejería pre y postest que incluye la posibilidad de extracción de sangre en el mismo día y que abriría las puertas también a la incorporación del tema reproducción/anticoncepción en las parejas seropositivas o serodiscordantes que en la actualidad es abordado.

Por su parte, en la provincia de La Rioja, el programa local articula sus acciones en forma directa con promotores/agentes de salud no agrupados en una ONG. Estos promotores buscan estimular el testeo, aconsejar sobre el uso del preservativo y sobre el seguimiento y tratamiento de las mujeres gestantes y de los hijos de aquellas que resulten seropositivas. En este caso, las tareas de consejería se realizan en el marco de la consulta asistencial en centros de atención primaria. Sólo unos pocos centros de este tipo cuentan con extracción y laboratorio propio, por lo cual quedan disociadas las actividades de asesoramiento y diagnóstico.

Cobra centralidad como estrategia preventiva la identificación de estos espacios por fuera del hospital, más amigables y menos asociados a la "enfermedad".

Por otro lado, sin embargo, como el programa provincial desarrolla sus actividades en una institución asociada a la atención de ITS que brinda atención ginecológica, se ha logrado que las mujeres que están bajo programa accedan a la propuesta de métodos anticonceptivos durante su seguimiento, aun cuando no resulte clara la articulación con el ámbito hospitalario. En este mismo marco, la propuesta del testeo a la pareja de la mujer embarazada se viene desarrollando desde 2007 con buen impacto. Los responsables del proyecto no refieren rechazo de la oferta y sí señalan que la dificultad del testeo de los varones está relacionada con su escaso acercamiento la consulta.

El caso de Santa Cruz<sup>8</sup> es diferente. Aunque, como en la Rioja, el programa provincial no se asoció en su tarea con una ONG sino con promotores de salud de los centros de atención primaria y desarrollo social –centros integradores, conocidos como Cenines–, se logró en esta provincia un mayor nivel de articulación entre los actores institucionales. Y, consecuentemente, un rol más complejo para los promotores de salud. De hecho, participan de un espacio de consejería y testeo instalado en el Hospital Regional Río Gallegos y que funciona dos veces por semana y, además, en dos centros ubicados en lugares periféricos y estratégicos: un centro de asesoramiento en la sede local de Lalcec, al que, una vez por semana, concurren mujeres a realizar el curso de preparación para el parto y un segundo servicio de consejería y testeo organizado en uno de los Cenines de la misma ciudad de Río Gallegos.

Es importante destacar el centro que funciona en Lalcec es un espacio de trabajo con muchas potencialidades ya que, además de las mujeres asesoradas, son sensibilizados los varones que las acompañan, que –de acuerdo con la experiencia recogida– no son pocos. Una vez más, cobra centralidad como estrategia preventiva la identificación de estos espacios por fuera del hospital, más amigables y menos asociados a la “enfermedad”, en donde se puede incorporar de manera no disruptiva un dispositivo de asesoramiento.

Por su parte, la presencia en el ámbito hospitalario ha permitido también un buen nivel de articulación con el Programa de Maternidad e Infancia, por lo que la propuesta de métodos anticonceptivos y la accesibilidad de la mujer VIH positiva al sistema de salud está promovida también desde ese equipo de trabajo. La propuesta del testeo al varón es tenida en cuenta en las actividades preventivas –charlas en escuela, espacio de Lalcec– y, de acuerdo con lo referido por los profesionales, forma parte también de la asistencia del obstetra.

La proveniencia de los promotores de los centros de atención primaria potencia, además, las posibilidades de actividades comunitarias de prevención y promoción del testeo en escuelas y en esos mismos centros.

Es interesante señalar también que varios de los cuadros técnico-políticos de la jurisdicción como la jefa del Programa Provincial de Sida, la jefa del Programa de Maternidad e Infancia y el director de Atención Primaria en centros y hospita-

---

<sup>8</sup> Nombre del proyecto: *Juntos para la prevención: La salud sexual y el embarazo, también un asunto de hombres.*  
Nombre de la organización: Programa Provincial de Lucha contra el RH, SIDA e ITS. Subsecretaría de Salud Pública.  
Contacto: José Ingenieros 98, Río Gallegos, Santa Cruz (9400). Tel. (02966) 15466360 y (02966) 15584538.

les del interior provincial trabajaron históricamente en el área preventiva en el hospital regional como enfermeras y tocoginecólogo respectivamente. Otro tanto sucede con el bioquímico. Son estos actores los que están logrando instalar, ahora desde la planificación central de la provincia, una propuesta que incluye fuertemente la prevención.

Puede decirse que la conjunción de una tradición sanitaria histórica que hoy se ve acompañada por una decisión política, con una población pequeña y con baja prevalencia de mujeres con VIH que paren a sus hijos en el sistema público, favorece esta forma de trabajo.

Por su parte, en la Ciudad de Buenos Aires se desarrollaron proyectos con características diferenciales. Uno, desde el Hospital Durand,<sup>9</sup> donde se ha integrado al ámbito hospitalario un equipo de promotores/agentes de salud coordinado por un antropólogo. Entre sus actividades se ha incluido la promoción de testeo con consejería (pre y postest) para ambos miembros de la pareja en los controles prenatales y el asesoramiento sobre procreación en parejas seropositivas y serodiscordantes. También realizan asesoramiento integral postest a personas con resultado positivo y capacitación continua a promotores y profesionales.

La integración del equipo al hospital se ha dado tanto en el espacio físico (se dispone de un ámbito particular destinado a las actividades de consejería) como en el ideario de los integrantes del equipo de salud, principalmente de los servicios de tocoginecología y laboratorio.

No obstante, y más allá de valoración positiva del trabajo de este equipo dentro del hospital, persiste, al igual que en otras experiencias, el inconveniente de la sustentabilidad de las actividades en el largo plazo. También en este caso se ha planteado la necesidad de buscar, a futuro, mecanismos que permitan que los promotores formen parte de los equipos de salud, con continuidad más allá de los proyectos puntuales.

El otro proyecto en la Ciudad de Buenos Aires fue desarrollado por la **Coordinación Sida**,<sup>10</sup> organismo oficial del Gobierno porteño, y constituye una experiencia particular.

---

<sup>9</sup> Nombre del proyecto: *Hacia una mayor sustentabilidad de buenas prácticas en prevención de la transmisión vertical del VIH y Sífilis Congénita en distintos escenarios reproductivos.*

Nombre de la organización: Hospital Durand.

Datos de Contacto: Av. Díaz Vélez 5044, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1405). Tel. 4981-2570 y 4982-2489. Fax: 4982-267. E-mail: durand\_direccion@buenosaires.gov.ar.

<sup>10</sup> Nombre del proyecto: *Fortalecimiento de la prevención de la transmisión vertical del VIH.* Nombre de la organización: Coordinación Sida, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Contacto: Carlos Pellegrini 313, piso 9.º Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1009). Tel. 4328-9160. Fax: 4328-9160. E-mail: coordinacionsida@buenosaires.gov.ar.



Más allá de la incorporación de promotores –que comenzaron su trabajo como contraprestación en el marco del Plan Jefes y Jefas de Hogar– tiene amplia trayectoria en la generación e implementación de estrategias de prevención y control del VIH/sida, y ha demostrado de forma fehaciente el impacto de las políticas en salud implementadas en forma continua, en la disminución de la tasa de transmisión vertical en su jurisdicción. La existencia de un equipo comprometido con la tarea, sumada a la estabilidad en el tiempo (cuenta con presupuesto propio más allá del financiamiento externo), confiere una importante sustentabilidad a sus acciones.

En el plano operativo, se ha priorizado la articulación a nivel de gestión, entre programas (Coordinación Sida, Programa Materno Infantil, Programa de Atención Primaria de la Salud y Programa de Salud Sexual y Reproductiva), así como entre los distintos equipos de salud de efectores que trabajan en la temática en el ámbito de la Capital Federal.

En Mendoza<sup>11</sup> fue una ONG –la **Asociación Civil Vida Infantil**–, con el aval del programa provincial, la que coordinó un proyecto que tuvo como eje la formación de un grupo de promotoras sensibilizadas y capacitadas en la temática. A lo largo de su desarrollo esta ONG logró cierto grado de asociación con los equipos de salud de diferentes efectores, entre otras la principal maternidad –el Hospital Lagomaggiore–, para promocionar el testeo voluntario en una provincia que, cabe señalarlo, no ha logrado todavía instalar en forma universal la realización de serología en embarazadas con consejería y consentimiento informado.

Sin embargo, la falta de articulación efectiva con el programa provincial en la tarea preventiva dificulta la sustentabilidad de sus acciones más allá de la ejecución de este proyecto. Como se mencionaba al comienzo de este apartado, se trata de un caso en que el programa local cumple adecuadamente con las acciones destinadas a la asistencia de las personas infectadas pero no ha logrado jerarquizar, hasta ahora, el desarrollo de políticas preventivas que faciliten el acceso al testeo voluntario y al uso del preservativo. Desde este punto de vista, cobran más relevancia aún las estrategias desarrolladas por esta organización no gubernamental:

- » Creación de centros que ofrecen consejería y test de VIH voluntario a embarazadas y sus parejas con promotoras

---

<sup>11</sup> Nombre del proyecto: *Promoviendo el futuro IV*.

Nombre de la organización: Vida Infantil.

Contacto: Acceso Este Lateral Sur 583, Dorrego, Guaymallén, Mendoza. Tel. (0261) 4313300. E-mail: vidainfantil51@yahoo.com.ar.

que articulan actividades con el equipo de salud (se organizaron seis centros).

- » Producción de material preventivo para radio y televisión (se contó con la colaboración de los canales y emisoras locales para su difusión).
- » Organización de talleres de sensibilización y capacitación de los equipos de salud (se realizaron con distinto grado de dificultad de acuerdo con cada institución en particular).
- » Organización de reuniones con grupos de mujeres embarazadas en la sede de la institución (las mismas mujeres replican la información en sus comunidades).
- » Fortalecimiento del equipo de promotoras en departamentos alejados de la ciudad capital.

En Jujuy<sup>12</sup> una limitación que no ha logrado ser salvada la constituyen los obstáculos históricos para la articulación con algunos equipos de salud encargados de la atención de PVVS en la provincia, y el equipo conformado por el programa provincial y la organización de la sociedad civil Juanita Moro para el desarrollo del proyecto. Estos obstáculos –según los propios monitores– “están probablemente vinculados a la brecha que se establece entre el concepto biomédico, inclinado hacia lo terapéutico, y la mirada ampliada a los determinantes sociales, propia de la medicina comunitaria que basa su acción en la participación de los actores sociales”.

Aun en este contexto poco favorable, el proyecto se ha caracterizado por mantener un trabajo preventivo constante en los últimos años. Esta labor, “sostenida en el tiempo a través de múltiples actividades conjuntas con la comunidad, ha fortalecido su imagen institucional y ha permitido incorporar voluntarios a las instituciones, lo cual favorece la sustentabilidad del proyecto más allá del financiamiento”.

Concretamente, la inserción social efectivamente lograda no sólo “ha permitido aumentar la realización del test de VIH con asesoramiento previo y posterior a las mujeres embarazadas sino promover actividades intersectoriales con sensibilización de sectores habitualmente no incluidos y con actitudes discriminatorias hacia poblaciones vulnerables como la policía y otros miembros de las fuerzas de seguridad”.

<sup>12</sup> Nombre del proyecto: *Prevención de enfermedades de transmisión vertical en VIH SÍFILIS en la provincia de Jujuy*.

Nombre de la organización: Programa Provincial de Sida. Área Materno Infantil y Nutrición, APS, Laboratorio (Ministerio de Salud) y Centro de Capacitación en Proyectos Sociales ONG Juanita Moro.

Contacto: Alberdi 219, San Salvador de Jujuy, Jujuy (4600). Tel. (0388) 423842. Fax: (0388) 4238742. E-mail: [progsidajujuy@jujuy.gov.ar](mailto:progsidajujuy@jujuy.gov.ar).



## CONSENTIMIENTO INFORMADO. EL NÚCLEO DURO DE UNA POLÍTICA

¿Qué hacer en el supuesto caso de que una mujer embarazada se niegue a realizarse el test de VIH? La ley es clara en este sentido: la obligación del profesional es *ofrecer* el test a la mujer embarazada, no *hacérselo*. Si luego de ser informada claramente la mujer no quiere que se le realice la prueba, debe suscribir su negativa, igual que haría con su consentimiento.

El tema del consentimiento es el núcleo duro del asesoramiento pre y postest, y es inseparable del debate sobre los derechos y obligaciones de profesionales y usuarios del sistema de salud. El asesoramiento no debe ser sólo un proceso de información que vaya del “médico” al “paciente”, sino también el momento de escuchar las preguntas, y las decisiones, de la persona que consulta. Pero, sabemos, no siempre es lo que debe ser.

La realización de serología sin consentimiento surgió en el debate del taller nacional como una práctica incorrecta pero que “de hecho, sucede”. Y aun con las dificultades que implica encarar cuestiones conflictivas, quedaron expresadas dos líneas argumentales diferentes y complementarias cuyo efecto es el mismo: la naturalización/aceptación de esta irregularidad. Por un lado, una justificación de orden “práctico” referida a “la falta de tiempo en el consultorio para hacer consejería” con la consecuente derivación del problema a terceros: se debe “completar con el trabajo de las promotoras en la sala”. Por otro, una posición de carácter ideológico, según la cual “muchos médicos obstetras se resistían a solicitar el consentimiento informado y realizar la consejería pre test, invocando incluso los derechos del niño por nacer que, *más allá del consentimiento de la madre*, debían tenerse en cuenta”.

De manera más o menos abierta o encubierta, ambas posiciones alimentan la visión de que la realización compulsiva del test de VIH a las mujeres embarazadas “es un ‘problema histórico’, presente desde el comienzo del trabajo en prevención de la transmisión vertical”. Más allá del explícito y rotundo rechazo de esta práctica por parte de los coordinadores del proyecto y de la mayoría de los participantes del taller, es necesario asumir que se trata de una disputa no resuelta, que trasciende a las personas y que constituye un desafío político para cualquier gestión.

En este sentido, conviene siempre recordar que es un hecho demostrado que obtener un diagnóstico sin consenso no garantiza la implementación de las medidas de prevención de la transmisión perinatal –adherencia al tratamiento antirretroviral, suspensión de la lactancia, asistencia a los controles, etc.–, por lo cual su resultado no pasa de ser un papel que carece de toda utilidad. Por otro lado, como señalan los monitores “en la recorrida con los equipos, ante la pregunta sobre si les pasó muchas veces que una mujer embarazada se negara a hacer el testeo, la respuesta fue ‘nunca o casi nunca’”.

## La sensibilización y capacitación de los equipos: cursos *versus* acompañamiento

La “Capacitación de médicos y equipos de salud a fin de aumentar el ofrecimiento de realización del test de VIH” estaba contemplada como la primera estrategia del Proyecto País en 2002. Y, exactamente en los mismos términos, vuelve a surgir como demanda en boca de algunos representantes de proyectos provinciales durante el mencionado taller nacional de diciembre de 2007. Resulta tan palmariamente evidente para quienes trabajan en la prevención de la transmisión vertical del VIH que los profesionales de la salud (en especial, los médicos) tienen grandes dificultades para incorporar el asesoramiento y la solicitud del test a su práctica, que muchas veces “la necesidad de capacitarlos en eso que no saben” se parece más a un reflejo que a una estrategia.

Por eso, quisiéramos detenernos en algunas definiciones que surgieron en el debate de los equipos durante el taller nacional y que, como veremos más adelante, también se encarnan en el desarrollo de sus respectivas actividades. En efecto, se plantearon al menos dos alternativas diferentes de esta necesidad de “formar” a los equipos de salud para que incorporen una mirada preventiva en el ejercicio de sus funciones. Y es posible asociarlas a la mayor o menor experiencia de los equipos y a la magnitud de la epidemia a la que deben responder. Por cierto, ambas variables están relacionadas: los grandes centros urbanos donde se concentra la mayor cantidad de personas con VIH son los que debieron comenzar a lidiar con el casi desconocido “sida” en los años 80.

Los participantes del encuentro fueron agrupados para el trabajo de taller en tres categorías –A, B y C– de acuerdo con la magnitud de la epidemia en sus jurisdicciones;<sup>13</sup> la A era la de mayor prevalencia, y la C, la de prevalencia más baja.

En la discusión de los grupos A y B se remarcó la necesidad de “capacitar a los equipos de salud que tienen el primer contacto con la embarazada”. En el grupo B en particular propusieron generar algún tipo de “mecanismo para que los médicos más jóvenes se vean obligados a asistir a los talleres de capacitación”. Contrasta la capacidad de captar la complejidad de la atención expresada en la primera propuesta –que

---

<sup>13</sup> Grupo A - Alta prevalencia: Provincia de Buenos Aires (Programa), Región V de la Provincia de Buenos Aires, Córdoba, Hospital Durand (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Coordinación Sida (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), Rosario.

Grupo B - Media prevalencia: Mendoza, Tucumán, Región I de la Provincia de Buenos Aires, Corrientes, Santiago del Estero.

Grupo C - Baja prevalencia: Jujuy, San Juan, La Pampa, San Luis, Reconquista (Santa Fe), Región IV de la Provincia de Buenos Aires, Santa Cruz.

construye como actor al “equipo que tiene el primer contacto” – con el carácter normativo y bastante simplista de “obligar a los más jóvenes” de la segunda.

Pero, volviendo al debate, vemos surgir posiciones que no son ni más ni menos correctas en sí mismas sino que, queremos subrayarlo, están sí más o menos alejadas de la práctica de los equipos; más o menos dentro de sus ámbitos de incidencia real.

Cuando algunos de los participantes consideraron que “la principal carencia de la atención es la falta de **concientización de los profesionales** para solicitar el testeo” y otros, en la misma línea, señalaron que “el gran problema **era** el equipo de salud”, caracterizándolo como “los peores del grado”, desde el grupo B se sugirió “la incorporación de contenidos vinculados con consejería en VIH en las carreras de medicina, enfermería, psicología y trabajo social y en posgrados, residencias de gineco-obstetricia, clínica, trabajo social, psicología, salud sexual y reproductiva”. Como se subraya en el documento de sistematización del taller, “no plantearon de qué manera se podría incidir para conseguirlo”.

Rever el formato de la capacitación y no pensarla como instancia necesariamente estructurada y separada sino como una capacitación en servicio, de proceso.

Corriéndose un poco de la idea de “enseñar” lo que no se sabe, y comenzando a esbozar una propuesta más cercana a la realidad institucional de los servicios, se planteó que la “sensibilización de los equipos de salud así como de las autoridades de distinto nivel” era una “estrategia de importancia para que las actividades de consejería y testeo puedan seguir llevándose a cabo cuando finalicen los proyectos y con ellos el financiamiento”.

Ya desde otra mirada, el grupo A propuso “rever el formato de la capacitación y no pensarla como instancia necesariamente estructurada y separada sino como una capacitación en servicio, de proceso o, en otros términos, ‘supervisión capacitante’, esto es, como una actividad transversal que consista en la escucha y devolución durante el proceso de trabajo”.

Y en este punto queremos detenernos: la identificación de la “capacitación” con el curso o el taller sobre un tema específico es limitada. Quienes más experiencia acumulan, planifican justamente no sumar actividades, a priori, a los equipos de salud, que no sólo tienen mucho trabajo sino además modalidades de organizarlo y gestionarlo muy arraigadas. Proponen en cambio involucrar a los diferentes actores, incluso algunos no tradicionales, desde sus propios intereses y prácticas, mientras están “en servicio”, en un proceso que tiene un componente de sensibilización, pero que no deja por ello de estar vinculado al sentido de su profesión.

De un informe de monitoreo sobre la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires<sup>14</sup> rescatamos el siguiente dato: luego de señalar que “la política en salud pública llevada adelante, en la que se inscriben los proyectos de 2006, 2007 y 2008, ha demostrado impacto en la tasa de transmisión vertical de VIH”, menciona entre las características de su trabajo el hecho de que el programa “ha realizado periódicamente la devolución de datos obtenidos de investigaciones y relevamiento epidemiológico, así como la difusión de las acciones llevadas adelante”.

Consideramos que tanto la producción de conocimiento como su difusión son parte inseparable de la formación y capacitación de los integrantes del sistema. Las investigaciones sobre la epidemia en cada lugar y/o sobre la gestión local, la información epidemiológica relevada en cada uno de los efectores del sistema, la dispensa de medicación o los estudios de laboratorio involucran en forma directa a los equipos de salud. “Devolver”, como dice el informe, esta información, organizada y consolidada desde el nivel central es una manera de fortalecer a los equipos, comprometerlos, y hacerlos más permeables a una capacitación específica, en caso de que sea necesaria.

Otro ejemplo en este sentido es el de la Coordinación Sida porteña, donde el debate sobre los resultados de las investigaciones realizadas permitió “discutir con los equipos las fallas y fortalezas del sistema, teniendo en cuenta la dimensión de la población objetivo y su heterogeneidad, así como la de los efectores de salud comprometidos en su atención”. En este sentido, cabe señalar que a partir de 2007 sumó a las actividades del proyecto a los equipos de farmacia de los hospitales,

---

<sup>14</sup> Nombre del proyecto: *Generando procesos para reducir la transmisión perinatal del VIH y la sífilis*.

Nombre de la organización: Programa de VIH/SIDA/ITS de Región Sanitaria V. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Contacto: Región Sanitaria V, Acasusso 715, San Isidro, Provincia de Buenos Aires. Tel. 4747-2885. Fax: 4747-0638. E-mail: vih-sida-ets@ms.gba.gov.ar.



“actores usualmente no incluidos al momento de generar estrategias de abordaje de la TV”.

Retomaremos este punto más adelante, al reseñar las estrategias vinculadas con la vigilancia epidemiológica y los estudios de caso.

## La llegada a los servicios. Barreras físicas y obstáculos sociales

Al abordar, ahora en el terreno de las acciones, la cuestión de la accesibilidad, vemos que los problemas se presentan de maneras diferentes en cada región. Por un lado, en aquellas de baja y media prevalencia, la accesibilidad física se ve comprometida por “las distancias y la precariedad socioeconómica de la población que, en muchos casos, procede de zonas rurales”. Por otro lado, en todas las regiones existen “problemas institucionales que dificultan la accesibilidad aún en aquellas mujeres que llegan a la consulta y se encuentran con un ‘hospital embudo’, debido a la escasez de turnos para responder a la gran demanda. Esto redundo en mayores dificultades para las personas con pocos recursos que deben regresar nuevamente a la institución al no poder completar los trámites, estudios y consultas en un solo día”.<sup>15</sup>

Existen problemas institucionales que dificultan la accesibilidad aún en aquellas mujeres que llegan a la consulta y se encuentran con un “hospital embudo”.

Este problema de turnos y horarios restringidos, así como la necesidad de ampliarlos, es una realidad planteada por todos los equipos del proyecto y no se limita a la oferta de consejería y testeo sino que involucra al conjunto de los servicios de salud.

La “inexistencia de laboratorios en muchos de los centros de atención que se encuentran zonas poco pobladas y alejados unos de otros, sumado a la escasez de turnos y, a veces, a

<sup>15</sup> Se recuperan en este apartado los aportes de los participantes del mencionado Taller Nacional de Proyectos de Transmisión Vertical del VIH, Buenos Aires, 1 y 2 de noviembre de 2007.



la falta de reactivos”, fueron mencionados por los equipos con trabajo en jurisdicciones de baja prevalencia como un obstáculo para la realización del test a las mujeres embarazadas. No obstante, no parecen ser las dificultades físicas el único impedimento en este terreno: en algunas jurisdicciones con alta prevalencia y que corresponden a grandes centros urbanos donde existen importantes redes de laboratorio, se planteó que “hay un ‘agujero negro’ con respecto a la llegada de los análisis a tiempo”, vinculado sin duda a los procedimientos y la gestión de las instituciones de salud.

Por otra parte, el alto porcentaje de mujeres que llegan al parto **sin controles previos del embarazo**, y las maneras de responder a este problema también fueron objeto de debate. Una vez más, las características particulares de cada jurisdicción orientaron las propuestas: para los equipos de zonas con baja prevalencia, la salida a terreno “en busca de la embarazada y la adolescente” fue considerada una acción prioritaria; en cambio, para quienes trabajan en hospitales de grandes ciudades, “las acciones territoriales limitadas a su área de influencia no serían efectivas ya que muchas de las mujeres que llegan sin controles provienen de lugares diversos y alejados”, sobre todo de los cordones urbanos que las rodean; este es también el caso de algunas maternidades, que realizan la casi totalidad de partos de una provincia.

Otro elemento significativo surgido de este debate se refiere a la necesidad de romper con los estereotipos existentes e incorporar nuevas variables al análisis de la llegada tardía de las mujeres al hospital, ya que “puede deberse a diversos factores y no exclusivamente a situaciones de precariedad o marginalidad”. El equipo del Hospital Durand de la Ciudad de Buenos Aires planteó algunos ejemplos en este sentido: mujeres jóvenes que no quieren controlarse por temor a ser judicializadas y correr el riesgo de que les quiten el bebé, o bien multíparas que consideran que no necesitan controlarse dada su experiencia.

Finalmente, se puntualizó que la falta de control temprano del embarazo es un problema de salud pública que excede a la problemática del VIH y obliga a incorporar al análisis **la fragmentación que caracteriza al sistema y la necesidad de coordinar estrategias entre los distintos programas**: VIH, Maternidad e Infancia y Salud Reproductiva. Esta necesidad de articulación se hace aun más evidente en los casos de mujeres que ya conocen su serología positiva y requieren un asesoramiento sobre anticoncepción.

## LA INCORPORACIÓN DEL VARÓN AL TESTEO. UN DOBLE DESAFÍO

La distancia que media entre las normas y su aplicación suele ser amplia. Más aun si las normas son de reciente creación (2001); y más aun cuando, como en este caso, conllevan un cambio profundo respecto de las prácticas e ideas previas. Las “dificultades” para su aplicación surgirán rápidamente y, en muchos casos, ni los servicios ni los usuarios notarán su incumplimiento.

La experiencia de seis años de proyecto muestra que el acceso de los varones al testeo en el marco de la prevención de la transmisión vertical del VIH suma a los obstáculos propios del sistema de salud, los límites que impone una construcción social de género, profundamente machista.

Reproducimos algunas de las consideraciones que, sobre este punto, se realizaron durante el Taller Nacional de TV.

Los participantes provenientes de jurisdicciones con alta prevalencia señalaron que la oferta del test al compañero sexual de la mujer embarazada estaba “íntimamente ligada al problema de la llegada tardía al hospital por parte de muchas mujeres y a la dificultad para establecer estrategias de promoción del testeo más amplias, orientadas a la pareja”.

Quienes en cambio trabajaban en jurisdicciones con baja prevalencia, “se refirieron a la negativa de muchos hombres a hacerse el test, a veces con la creencia de que el resultado negativo del análisis de la mujer es suficiente para considerar que ellos no están infectados, pero también por ‘problemas de machismo’”. Asimismo, mencionaron que la mayoría de las mujeres no va a la consulta acompañada por su pareja, en ocasiones por cuestiones vinculadas a la actividad laboral”.

Vale destacar en esta segunda intervención dos elementos:

► Por un lado, la “certeza” de los varones de “no estar infectados si su mujer no lo está” es la contracara de la norma que prescribe la reiteración del test a la mujer a lo largo del embarazo. En la realidad, la oferta activa de test a los varones permite detectar un importante número de parejas en las que el hombre está infectado y la mujer, no.

► En segundo lugar, sólo desde una representación de género poderosamente arraigada se pueden señalar como cosas diferentes la negativa misma del varón a hacerse el test; su tranquilidad por un resultado negativo de su mujer, las obligaciones laborales que le impiden acompañarla a la consulta y los “problemas de machismo”.



## El desarrollo de los proyectos

Ya se han mencionado algunos aspectos de la relación Estado/sociedad civil en el marco de este proyecto, al analizar los posibles roles de los promotores y los equipos de salud. A continuación se sintetizan algunos informes de monitoreo referidos a las estrategias para aumentar la accesibilidad al sistema.

Comenzamos con el caso de la provincia de Formosa,<sup>16</sup> ya no para centrarnos en las diferencias que suelen darse entre el programa y los efectores de salud (que también existen) sino en los posibles escenarios que se abren al considerar la **autonomía relativa** de los distintos niveles del sistema de salud, que permiten aumentar el acceso de la población a los servicios. El subproyecto de Formosa logró instalar espacios de **consejería y testeo visibles y sustentables** llevados adelante por los **equipos del primer nivel de atención**. La sensibilización y capacitación de obstétricas fue una estrategia muy efectiva para facilitar la captación activa de embarazadas y para divulgar las formas de prevención de ITS y métodos anticonceptivos.

“Como en otras jurisdicciones –señala el informe de monitoreo–, se observan mayores dificultades en los niveles centrales de atención probablemente, relacionadas con la fragmentación de los equipos de salud.” Y continúa: “La evaluación llevada a cabo mostró un equipo interdisciplinario con un trabajo sostenido para la instalación de consejería, y si bien en esta provincia el impacto de la epidemia de VIH no ha sido generalizado (en términos de número de personas con infección conocida y de la cantidad de partos en mujeres positivas), el proyecto de prevención de la transmisión vertical ha servido como un catalizador para el desarrollo de equipos de prevención efectivos, en el primer de atención, y accesibles a una extensa población altamente vulnerable”.

Los logros enumerados en el informe de monitoreo dan cuenta de una mirada integradora en la que la prevención de transmisión vertical, se entrelaza con la promoción de la salud reproductiva y los métodos anticonceptivos, pero además con el fortalecimiento institucional de los equipos y de los mismos centros de salud. Transcribimos algunos de ellos:

- » recurso humano sensibilizado y espacios de consejería fortalecidos en los centros de salud;

---

<sup>16</sup> Nombre del proyecto: *Prevención de la Transmisión Vertical del HIV en Formosa*.  
Nombre de la organización: Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Formosa.  
Contacto: Santa Fe y Salta, Formosa (3600). Tel. (03717) 427515/430220 y (03717) 427515.

- » espacios de consejería visibles donde, además del test de VIH, se promueve la detección y prevención de otras ITS;
- » inclusión en este circuito de la promoción del PAP y anti-concepción a cargo de obstétricas en los centros de salud;
- » red de laboratorio con disponibilidad para extracción de muestras en los centros de salud;
- » preservativos visibles y accesibles en los centros de salud;
- » material didáctico para trabajar en temas de salud sexual disponible;
- » recolección de datos sobre la consejería realizada y registro de los casos positivos de VIH y sífilis en embarazadas;
- » monitoreo de las actividades de consejería por parte de los promotores y equipo técnico del proyecto.

La Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, por su parte, constituye un buen ejemplo de cómo se combinan las respuestas de nivel general con las intervenciones puntuales para aumentar la accesibilidad de la población a los recursos de prevención. En el nivel macro, ha llevado adelante a lo largo de años y de manera sostenida una política de articulación entre sectores que incluyó, junto con el Programa de VIH/Sida e ITS, a los programas Materno Infantil y de Atención Primaria de la Salud y además a las áreas de epidemiología, los hospitales, la red de laboratorios y diversas OSC.

En el terreno de las intervenciones puntuales, se pueden señalar:

- » la incorporación de un “operador de terreno” por cada municipio, encargado de promover consejerías y testeo, búsqueda de embarazadas, articulación entre efectores y definición de circuitos de referencia asistenciales;
- » la identificación y comunicación escrita con los promotores y otros recursos humanos capacitados en últimos cinco años en el marco del proyecto para fortalecerlos como multiplicadores de conocimiento y acciones;
- » la distribución de folletos y cuadernillos de TV e ITS para efectores, promoviendo el testeo dirigido a mujeres embarazadas y en edad fértil en CAPS, hospitales, efectores privados y de obras sociales.

Se destaca en todas estas intervenciones la búsqueda del acercamiento entre los distintos niveles de gestión y la comunidad de referencia, así como la optimización en el funcionamiento y el uso de los recursos locales. Un dato a destacar en este sentido es la inclusión de los efectores

del sistema de seguridad social y prepagas a la política de prevención de la TV. Habitados a pensar desde el sistema público, es frecuente que en muchos casos olvidemos las potencialidades que ofrecen para la prevención los otros subsistemas de salud a los que, en varias regiones del país, concurren importantes sectores de la población. Resulta útil, por lo tanto, recordar sus obligaciones y fortalecer su capacidad de respuesta.

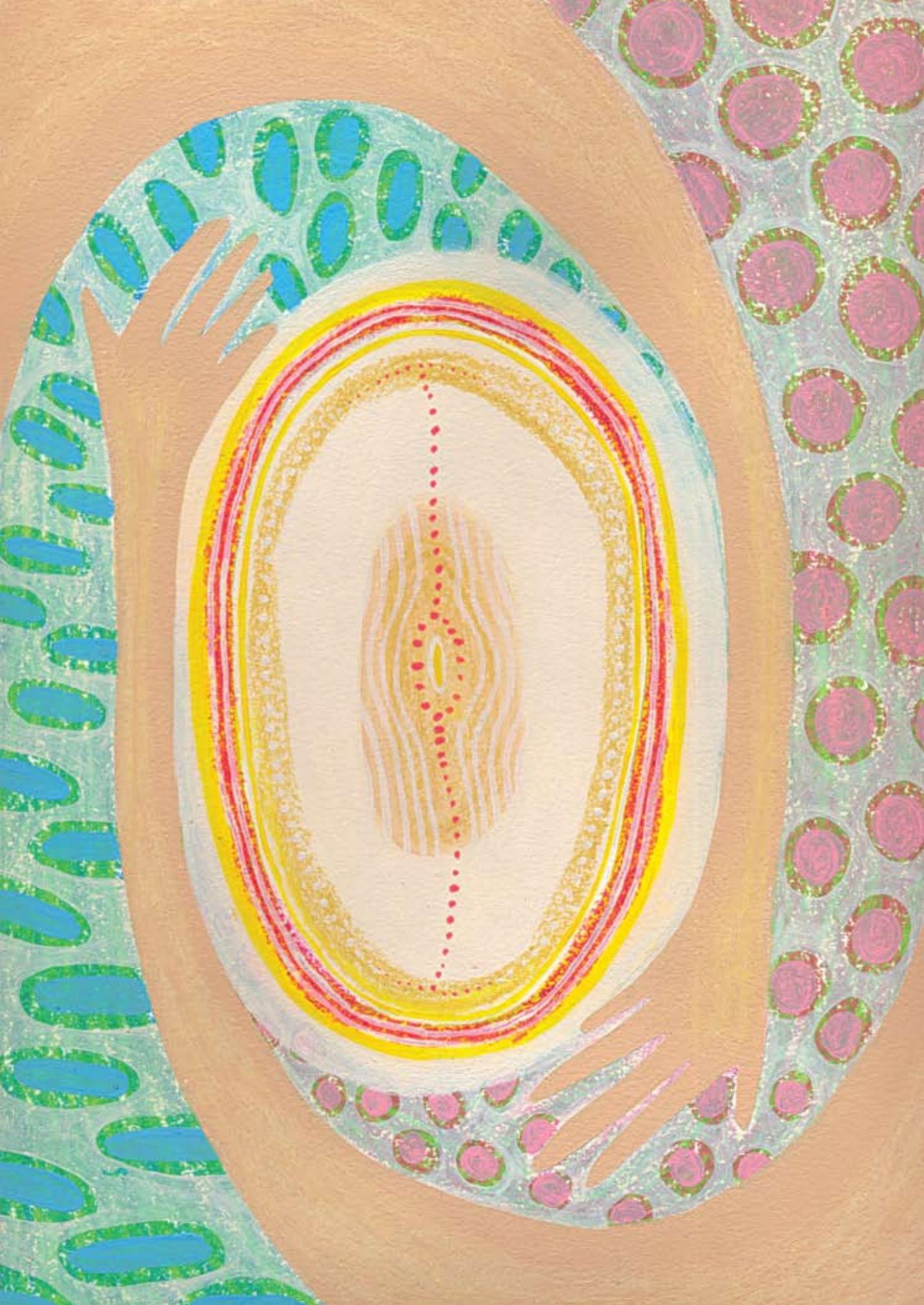
Un dato a destacar es la inclusión de los efectores del sistema de seguridad social y prepagas a la política de prevención de la TV.

Otra experiencia que vale la pena destacar con relación al aumento de la accesibilidad a los servicios es la desarrollada por la Unidad Coordinadora y Ejecutora Provincial de VIH/Sida y ETS de Tucumán.<sup>17</sup> Muchas de sus líneas de trabajo confluyeron en una mayor llegada de las mujeres con VIH a las distintas maternidades públicas de la provincia. Entre otras cabe señalar la realización de actividades de prevención y enseñanza de uso correcto del preservativo –con entrega de material gráfico y preservativos– en las salas de espera de las mencionadas maternidades y la incorporación de voluntarias a la tarea de consejería en VIH en los consultorios externos de dos de ellas. La incorporación al equipo a un ginecólogo que asesora a las mujeres con VIH sobre temas de salud sexual y reproductiva, y el fortalecimiento del circuito de acompañamiento de la puérpera y su hijo hasta el alta definitiva del niño ponen de manifiesto el esfuerzo de articulación entre las áreas de salud sexual y reproductiva, APS, materno infancia y servicios de infectología.

Los cambios más evidentes y positivos generados por esta política los constituyen la descentralización de la atención de los partos de las mujeres que viven con VIH –que previamente se realizaba sólo en una única maternidad– y la inclusión

<sup>17</sup> Nombre del proyecto: *Mujeres conocedoras de sus derechos, madres promotoras de salud*. Nombre de la organización: *Sistema Provincial de Salud. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Tucumán*.

Contacto: Av. República del Líbano 950, PB (fondo), San Miguel de Tucumán, Tucumán (4000). Tel. (0381) 452-7590. Fax: (0381) 452-7590. E-mail: uce-vihsida@msptucuman.gov.ar.



de voluntarios/as que realizan promoción y consejería como una actividad habitual en centros de salud y maternidades.

El proyecto de la provincia de San Juan,<sup>18</sup> por su parte, buscó desde su formulación y a lo largo del tiempo crear y consolidar espacios de consejería. Con un equipo de promotoras que fue clave para su desarrollo, ha logrado insertarse en un contexto realmente difícil ya que “la idiosincrasia política, cultural y religiosa de la provincia resulta un obstáculo a la hora de dar difusión y visualización claras a las estrategias de prevención en el área de las enfermedades sexualmente transmisibles y de otros temas relacionados con la sexualidad”. Veremos que, en términos de aumentar el acceso, sus resultados son dispares.

Un aspecto destacado de este proyecto durante el monitoreo fue la inclusión de todas las ITS en su agenda de trabajo.

La articulación entre las promotoras –comprometidas con su trabajo y con un discurso común producto de un muy buen nivel de capacitación– y los equipos de salud de las instituciones es compleja. No obstante, su esfuerzo sostenido “ha permitido establecer la consejería, por lo menos para aquellas personas a las cuales el test de VIH les fue solicitado por un profesional. No se han podido instalar, todavía, espacios de consejería abiertos y visibilizados, por lo que la accesibilidad al testeo se ve limitada para la población general”.

Como en otras jurisdicciones, también en San Juan el porcentaje de partos sin control previo muestra que la problemática no se puede limitar a la implementación de estrategias de prevención de la transmisión perinatal del VIH y debe en cambio involucrar a otros actores y programas.

Un aspecto destacado de este proyecto durante el monitoreo fue “la inclusión de todas las ITS en su agenda de trabajo para lo cual, desde el programa provincial, se ha fomentado la difusión del manejo sindrómico de las ITS y el registro sistemáti-

<sup>18</sup> Nombre del proyecto: *Mujeres en Red*.

Nombre de la organización: Fortalecimiento TV, provincia de San Juan.

Contacto: Avenida Libertador y Las Heras, Edificio Centro Cívico, 3.º piso, Ministerio de Salud Pública, San Juan. Tel. (0264) 4305515. Fax: (0264) 4305612.

co de casos”. Más allá de la resistencia de algunos profesionales que jerarquizan el tratamiento dirigido al diagnóstico etiológico, “el entrenamiento de las promotoras en la detección de ITS está demostrando ser muy efectivo: durante este primer periodo pudieron detectar más de 60 casos que no habían sido diagnosticados en la consulta médica y que fueron derivados para su tratamiento”, en el hospital cabecera de Caucete, el Hospital Marcial Quiroga de la ciudad de San Juan, y los centros de salud de Chimbas y Pocitos, entre otras localidades.

La conclusión del equipo de monitoreo es que, en una provincia con baja prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (se estiman alrededor de 15 partos de mujeres con VIH por año), la implementación del proyecto de prevención de la TV ha extendido sus objetivos trabajando en el fortalecimiento de equipos sensibilizados y capacitados para mejorar la calidad de atención en la temática del VIH/sida y de las ITS en general.

## Vigilancia epidemiológica y estudios de caso, desafíos a futuro

La puesta en marcha, desde el Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA), permite –desde el punto de vista técnico– la carga de datos epidemiológicos on line y en tiempo real (no sólo sobre VIH-sida, sino en general). La utilización de este sistema pone a disposición los datos en la Red, democratizando la información y, en especial, posibilitando la visualización de la situación epidemiológica de las distintas jurisdicciones para una intervención inmediata.

En el marco de este proyecto de prevención de la TV, los técnicos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) presentaron el SIVILA en las diferentes jurisdicciones haciendo hincapié en su potencialidad para homogeneizar información en el ámbito nacional –en especial, la relativa a los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)– uniformando los criterios en una única plataforma de carga. El objetivo de ir sumando jurisdicciones al SIVILA quedó planteado entre las prioridades hacia el futuro y más allá del desarrollo del Proyecto del Fondo Mundial en la Argentina.

Cabe señalar que la Región V de la Provincia de Buenos Aires ha sido la primera jurisdicción en implementar el SIVILA para la notificación de casos de VIH-sida y sífilis en mujeres embarazadas (comenzaron en 2006) y ha logrado, hasta la actualidad, que se cargaran los datos del 100% de los laboratorios de la región que reciben y procesan muestras de esta población.

Retomando una cuestión planteada más arriba (ver apartado “La sensibilización y capacitación de los equipos...”), se debe resaltar el impacto que tiene en la gestión, y en los diferentes actores involucrados en ella, la producción y difusión de datos relevantes. Desde esta perspectiva, y siguiendo con el caso de la Región V de Buenos Aires, no es menor la tarea de difusión que desde allí se realiza: una vez al mes se hace una devolución de datos de SIVILA a los efectores; trimestralmente, se les hacen llegar los resultados de PCR de niños expuestos perinatales al VIH, y dos veces al año (en julio y noviembre) se elabora y entrega un informe regional sobre avances en el sistema de vigilancia, consejería y testeo y estudio de casos.

Este último tipo análisis –estudio de los casos de niños nacidos con VIH– se realizó en algunas jurisdicciones grandes del país, como la propia Región V y la Capital Federal, e incluyó visitas a los centros asistenciales y búsqueda activa de los datos. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, estas investigaciones se desarrollaron en forma planeada y sistemática, y tuvieron como resultado, además de la información sobre tasas de transmisión vertical, otros datos relacionados con el perfil socioeconómico, nivel educativo y contexto familiar de la población objetivo. El estudio de caso, como la implementación local del SIVILA, no sólo es una herramienta para contar con mejor información, sino también una oportunidad para revalorizar la tarea y devolver el sentido a prácticas asociadas, tanto a la vigilancia epidemiológica como al asesoramiento, la captación o el acercamiento de las personas a los servicios de salud, sobre todo en las regiones más desprotegidas. Es un modo de unir la “información científica dura” con las condiciones en que esa información se produce y los objetivos de salud pública que persigue.

Justamente, a partir de la evaluación realizada a fin de 2007 y de los avances significativos alcanzados por el proyecto, se planteó para el futuro dar continuidad a algunos de los ejes históricos –**consejería y testeo de la mujer embarazada y su pareja**–, e incorporar otros, asociados fuertemente al mejoramiento de la información –**vigilancia epidemiológica y estudio de casos**–, y a la optimización de la atención con un mejor aprovechamiento de los recursos, tanto humanos como materiales –**trabajo conjunto en la transmisión vertical del VIH y de la sífilis**–.

Respecto de la consejería y el testeo, el acuerdo con las jurisdicciones fue fortalecer estas actividades utilizando los recursos humanos ya formados en proyectos anteriores y articulando entre sí las distintas experiencias presentes en cada una de ellas.

En cuanto a la **vigilancia epidemiológica**, se convino realizar acciones concretas a partir del período 2008 del proyecto, en pos de la utilización del SIVILA, definiendo qué insumos podrían obtenerse para su puesta en práctica mediante el financiamiento del FM.

Con los **estudios de caso**, en tanto, se planteó que deberían ser una línea de trabajo a incorporar en todos los proyectos; una instancia de monitoreo y evaluación, que servirá como una herramienta de gestión de los programas y permitiría señalar obstáculos y puntos a corregir.

Finalmente, asumiendo que tanto la población destinataria como el equipo actuante es exactamente el mismo, se acordó la necesidad de **trabajar conjuntamente la transmisión vertical del VIH y de la sífilis**, lo cual, como vimos, ya es así en varias jurisdicciones. Esta decisión estratégica, influye en las anteriores ya que tanto la consejería y el testeo como la vigilancia epidemiológica incluirán a ambas patologías.





# Bibliografía

- » BARBER, N.: *Sistematización del Taller Nacional de Proyectos de Transmisión Vertical del VIH*. Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS / Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA - UBATEC. Buenos Aires, 1 y 2 de noviembre de 2007. UBATEC, Mimeo.
- » BIAGINI, G. (2000): "El hospital público y la significación social del VIH/sida". En: *Cuadernos Médico Sociales*, n.º 78. Rosario, CESS: 55-71.
- » COORDINACIÓN SIDA (2002): *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- » GRIMBERG, M.; MARGULIES, S. y WALLACE, S. (1997): "Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre sida. Un abordaje antropológico". En: A. Kornblit (org.) *Sida y sociedad*. Buenos Aires, Espacio Editorial.
- » GRIMBERG, M. (1999): "Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH/sida en sectores populares de la Ciudad de Buenos Aires". En: *Cuadernos Médico Sociales*, n.º 75, 65-76.
- » MINISTERIO DE SALUD (1997): *Norma Nacional de Sida en Perinatología*. Buenos Aires.
- » MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2003): *Boletín sobre el Sida en la Argentina*, año X, n.º 22, octubre. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS.
- » MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2008): *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina*, año XI, n.º 25, agosto. Dirección de Sida y ETS .
- » MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2002): *Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH*, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS.
- » ONUSIDA (2002): "Donde convergen prevención y asistencia: asesoramiento y pruebas voluntarias, y prevención de la transmisión ma-

terna infantil”. En: *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

- » PORTNOY F. y WELLER S. (2003): “Anticoncepción y VIH/sida: un vínculo a profundizar”. En: *Revista Argentina de Medicina General*, n.º 11, 26-28.
- » WELLER, S. (2001): “Prevención de VIH/Sida y anticoncepción: una relación poco explorada en la Ciudad de Buenos Aires”. En: *INFOSIDA*, [www.buenosaires.gov.ar](http://www.buenosaires.gov.ar).





Agradecemos el significativo aporte técnico  
de los siguientes profesionales

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL

*Adriana Durán*  
*Adriana Basombrío*  
*Carlos Falistocco*  
*Lucrecia Raffo*  
*Fabián Portnoy*  
*Silvina Vulcano*  
*Sofía Echazarreta*

EDUCACIÓN

*Ana Lía Kornblit*  
*Fabián Beltramino*  
*María Luisa Maneiro*  
*Karina Cimmino*

CÁRCELES

*Eleonora Sacco*

POBREZA

*Liliana Vignau*

ADHERENCIA

*Claudio Ziaurriz*  
*Fernando Silva Nieto*  
*Laura Recoder*

NIÑOS

*Verónica Granda*

COMUNIDAD GLTTB

*Natalia Llacay*  
*Victoria Barreda*

TRABAJADORAS SEXUALES

*Natalia Llacay*  
*Liliana Vignau*

USUARIOS DE DROGAS

*Liliana Vignau*  
*Verónica Granda*

