



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Susana Patricia María Otero

La accesibilidad al testeo de VIH como estrategia de prevención.
Acerca del consultorio de consejería VIH y ETS del Hospital Municipal
de Morón. Período 2006 /2011

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología,
Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis

Anahí Sy

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la
Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library
"Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Otero, Susana Patricia María. (2012). La accesibilidad al testeo de VIH como
estrategia de prevención. Acerca del consultorio de consejería VIH y ETS del
Hospital Municipal de Morón. Período 2006 /2011 [en Línea]. Universidad Nacional
de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033563_Otero.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
7ª cohorte (2004-2006)

Tesis para la obtención del título de Magister

La accesibilidad al testeo de VIH como estrategia de prevención.
Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón
Período 2006/2011

Autora
Susana Otero

Directora
Dra. Anahí Sy

Mayo 2012
Lanús, Argentina

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
7ª cohorte (2004-2006)

Tesis para la obtención del título de Magister

TÍTULO

La accesibilidad al testeo de VIH como estrategia de prevención.
Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón
Período 2006/2011

AUTORA

Susana Otero

DIRECTORA

Dra. Anahí Sy

INTEGRANTES DEL JURADO

Dra. Claudia Danani

Mgr. Raquel Castronovo

Mgr. Leonardo Federico

FECHA DE APROBACIÓN

04/ 12/ 2012

CALIFICACIÓN

8 (OCHO) PUNTOS.

- 2 -

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

A mis tres amores, Rubén, Lucía y Marina.

A Anahí, mi directora de tesis.

A mis incondicionales compañeros y compañeras del querido Hospital de Morón.

A mis maestros y maestras.

RESUMEN

Según datos oficiales se presume que en Argentina 130.000 personas viven con el virus del VIH/Sida, de las cuales sólo el 50% conoce su situación. Se considera que una de las principales causas del aumento sostenido de la epidemia es la ausencia de diagnóstico oportuno. Los centros de asesoramiento pre y post test resultan una herramienta útil para vencer las barreras al diagnóstico. En el hospital de Morón (HM) existe desde el año 2006 un consultorio de Consejería VIH y ETS (CVyE) destinado a la orientación y asesoramiento pre y post test de VIH, que se propone como oferta universal, de demanda espontánea, de uso voluntario y confidencial, desde un abordaje interdisciplinario.

La presente tesis tiene como objetivo, describir y analizar desde las dimensiones histórica, institucional y epidemiológica la gestión y el funcionamiento del CVyE del HM. En este sentido, se desarrolla una aproximación cualitativa basada en la recuperación de antecedentes, documentación institucional, registros hospitalarios e investigaciones locales. Se utiliza el instrumento para monitoreo de los centros de prevención, asesoramiento y testeo en VIH, elaborado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación para el análisis de la gestión. Se analizan además, las encuestas realizadas en el CVyE en el período 2006/2011.

Tomando como caso ejemplo el CVyE del HM nos preguntamos ¿La instalación de un consultorio de consejería garantiza la accesibilidad al testeo? ¿Cómo se desarrolla esta estrategia en el Municipio de Morón? ¿Existe un abordaje de la problemática VIH/Sida que integre prevención y asistencia?

La instalación del CVyE en el HM fue una iniciativa de un equipo de salud, conformado interdisciplinariamente, en respuesta a la falta de acceso al diagnóstico de VIH, en este sentido no existe una sistematización, análisis y evaluación de las propias prácticas al interior del equipo. Mediante este trabajo de tesis nos proponemos aportar a la reflexión sobre las estrategias para la prevención y asistencia de la problemática del VIH/Sida de manera integral.

Palabras claves:

VIH; accesibilidad; testeo; consejería; estrategias

ABSTRACT

According to official data, it is presumed that 130000 people in Argentina live with the VIH/AIDS virus, only 50% of which know their status. It is considered that one of the main causes of the steady increase of the VIH/AIDS epidemic is because of the absence of early diagnosis. Pre and posttest in consultant centers are a useful way to overcome the diagnosis barriers. At Morón Hospital (MH) there exists since 2006 a VIH and STD (CV S) consulting room to orientate and advise pre and post VIH test, which has universal access, spontaneous demand, voluntary and confidential use from interdisciplinary approach.

The purpose of this thesis is to describe and analyze from historical, institutional and epidemiological dimensions the management and operation of CVS in MH. In this purpose a quality approach based in recovery of background of institutional documents, hospital registers and local investigation is developed. This tool is used as monitor in the prevention centers, counseling and testing in VIH prepared by the Direction of AIDS and STD Health Ministry of the Nation for the analysis of the management. The surveys carried out from 2006 to 2011 are also analyzed

Taking as an example the CVS in MH, we wonder. Does the opening of consulting room guarantee the accessibility to the testing? How is this strategies developed at Morón Municipality? Does an approach to this VIH/AIDS trouble which involves prevention and attention exist?

The installation of CVS in MH was decided by the healthy team which is conformed interdisciplinary in answer to the luck of access to the VIH diagnosis, it doesn't exist systematization, analysis and evaluation of the own practices in the team. By means of this thesis, we aim to provide a way of thinking about the strategies for the prevention and assistance of VIH/AIDS trouble in an integral way.

Keywords:

HIV; access; testing; counseling; strategy

LISTADO DE FIGURAS

Gráfico 1. Tasa de Mortalidad por Sida por 100.000 habitantes, según sexo, Argentina 1990-2009	12
Gráfico 2. Proporción de diagnósticos tardíos por año de diagnóstico por sexo, Argentina 2002-2009	13
Gráfico 3. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y año de diagnóstico, Argentina 2002-2009	15
Gráfico 4. Distribución por grupos de edad de consultas, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011.....	53
Gráfico 5. Distribución por sexo, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011	53
Gráfico 6. Distribución según identidad sexual, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011 ...	54
Gráfico 7. Distribución según lugar de residencia, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011	54
Gráfico 8. Distribución según nivel de instrucción, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011.....	55
Gráfico 9. Distribución según ocupación, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011	55
Gráfico 10. Distribución según relación de pareja, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011	56
Gráfico 11. Distribución según inicio de relación sexual, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011	56
Gráfico 12. Distribución según uso de preservativo en la primera relación, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011	57
Gráfico 13. Distribución según uso de preservativo siempre, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011.....	57
Gráfico 14. Distribución según tipo de exposición, CVyE, Morón, Argentina 2006-2011	58
Gráfico 15. Distribución según concurrencia al testeo Septiembre 2006-Mayo 2010, CVyE, Morón, Argentina.....	58
Gráfico 16. Distribución según concurrencia al testeo Junio 2010-Septiembre 2011, CVyE, Morón, Argentina	59
Gráfico 17. Distribución según concurrencia a la devolución de resultados Septiembre 2006-Mayo 2010, CVyE, Morón, Argentina	59

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

**Gráfico 18. Distribución según concurrencia a la devolución de resultados Junio 2010-
Septiembre 2011, CVyE, Morón, Argentina60**

**Gráfico 19. Distribución según resultados del testeo, CVyE, Morón, Argentina 2006-
201160**

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Casos y Tasas de Sida y VIH por 100.000 habitantes según año de diagnóstico, Argentina 1990-2010.....	10
Tabla 2. Número de defunciones y Tasa de mortalidad por Sida por 100.000 habitantes según sexo, Argentina 1990-2009.....	12
Tabla 3. Prevalencia de VIH en población general y grupos con vulnerabilidad incrementada	27
Tabla 4. Tasas de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes en los 24 partidos del GBA, Argentina, 2001-2010.....	36

ABREVIATURAS

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CAP: Centro de Atención Primaria

CEPAT: Centro de Asesoramiento y Testeo

CVyE: Consejería de VIH y ETS

DSyE: Dirección de Sida y ETS

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

HM: Hospital de Morón

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

MSAL: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización No Gubernamental

ONUSIDA: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/Sida

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PVVS: Personas viviendo con el virus del Sida

TARV: Terapia Antiretroviral

T.V: Transmisión vertical

SUMS: Sistema Único Municipal de Salud

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	10-14
1.1 Fundamentación	15-17
1.2 Objetivo General y Específico	17-18
2. ESTADO DEL ARTE	19-23
3. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	24
3.1 Marco Conceptual de Referencia	24-33
3.2 Metodología	33-34
4. ANÁLISIS Y RESULTADOS	35
4.1 Situación Demográfica y Epidemiológica del Partido de Morón	35-36
4.2 Reseña de la Atención del VIH/SIDA en el Municipio de Morón	37-47
4.3 ¿Cómo se expresan los lineamientos en las prácticas?	47-52
4.4 PERFIL SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DE LOS USUARIOS	52-62
4.5 Análisis FODA	62-63
5. COMENTARIOS FINALES Y PROPUESTAS	64-66

1. INTRODUCCIÓN

La epidemia de VIH/Sida llegó a la Argentina en la década del 80, habiéndose reportado el primer caso en 1982. Al igual que en el resto del mundo apenas aparecían los primeros casos, éstos se multiplicaban vertiginosamente. Desde entonces y hasta el año 1997 la tasa de enfermos de sida ascendió a 9,2 por 100.000 habitantes, comenzando a descender producto de las terapias antirretrovirales. Durante el período 1991 al 2001 los casos de sida ascendían a 2.258 representando una tasa de 6,2 por 100.000 habitantes, según datos aportados por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyE) del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2011). Estos valores impactaron dramáticamente en la población y en el sistema de salud por la alta morbilidad que llegó a alcanzar en nuestro país un total de 27.000 defunciones. Tal situación obligó al Estado a buscar respuestas desde el sector salud que comenzó a desarrollar acciones destinadas a la prevención y asistencia.

Tabla 1. Casos y tasas de Sida y VIH por 100.000 habitantes según año de diagnóstico, Argentina 1990-2010

Año	Sida		VIH	
	Tasa x 100 mil hab	Casos	Tasa x 100 mil hab	Casos
1990	1,7	559	-	-
1991	2,4	791	-	-
1992	3,6	1.212	-	-
1993	4,8	1.613	-	-
1994	6,6	2.278	-	-
1995	6,7	2.341	-	-
1996	8,2	2.900	-	-
1997	9,3	3.302	-	-
1998	6,1	2.184	-	-
1999	6,6	2.395	-	-
2000	6,8	2.493	-	-
2001	6,2	2.258	16,1	5.839
2002	6,5	2.373	14,7	5.402
2003	6,2	2.291	16,7	6.184
2004	5,7	2.142	17,5	6.575
2005	5,1	1.944	15,1	5.731
2006	5,1	1.969	14,2	5.458
2007	4,6	1.785	13,2	5.131
2008	4,8	1.901	14,2	5.560
2009*	3,9	1.544	12,0	4.777
2010*	3,0	1.194	9,4	3.761

* Años no cerrados por el retraso en la notificación.

Fuente DSyE - MSAL Boletín sobre el VIH-sida en Argentina N°28-2011

Treinta años después el escenario fue modificado, la tasa de casos de sida tuvo un descenso del 58% y la de mortalidad un 42%, debido a los grandes avances en materia de prevención y tratamiento aportados por la comunidad científica internacional sumados a la acción de grupos de la sociedad civil, entre los que se encuentran las personas que viven con el virus, y el aporte de organizaciones internacionales dedicadas a la promoción de la salud entre las que citamos la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo global para la lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis y el Programa Global de las Naciones Unidas contra el Sida comúnmente conocido como ONUSIDA entre otras.

En la actualidad podemos decir “casi globalmente” que estamos ante una enfermedad crónica con disponibilidad para su tratamiento. La posibilidad de recibir tratamiento antirretroviral (TARV) ha sido identificada como un facilitador del acceso a los servicios diagnósticos y de atención relacionados con el VIH/Sida principalmente en los países en vías de desarrollo: si no hay tratamientos disponibles no hay motivo para ofrecer el diagnóstico. En nuestro país el 69% recibe tratamiento del sistema público y el 31% de las obras sociales y prepagas. A pesar de estos avances, a diario se siguen diagnosticando nuevos casos lo que indica que en materia de prevención, lo realizado aún es insuficiente. (MSAL, 2011) (Mejía, 2007)

Entre las principales causas del aumento sostenido de la epidemia encontramos la ausencia de diagnóstico temprano. El diagnóstico tardío es un problema de salud pública por su impacto no solamente en la evolución de la enfermedad sino en las nuevas infecciones, representando un indicador de las condiciones de acceso al testeo. (MSAL, 2011)

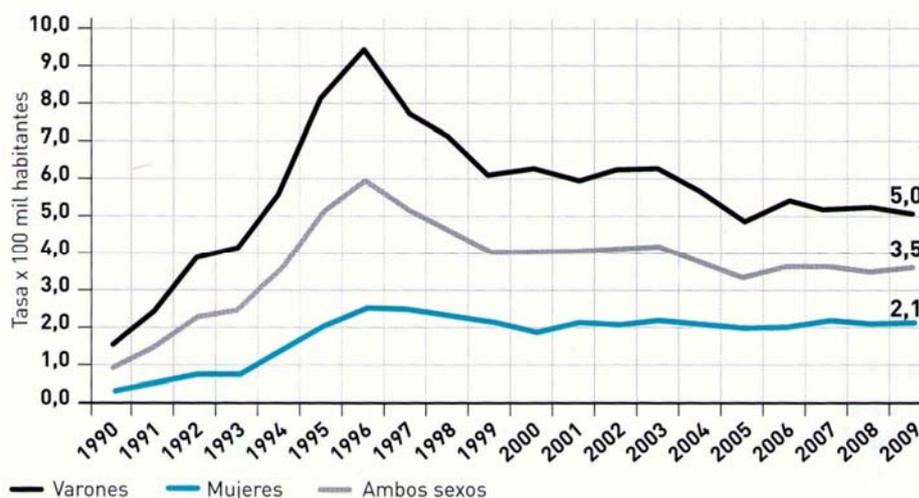
Tabla 2. Número de defunciones y tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, Argentina 1990-2009.

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

	Defunciones				Tasa x 100 mil		
	Varones	Mujeres	Desc	Total	Varones	Mujeres	Total
1990	243	41	2	286	1,5	0,2	0,9
1991	389	68	3	460	2,4	0,4	1,4
1992	631	111	6	748	3,8	0,7	2,2
1993	683	124	9	816	4,1	0,7	2,4
1994	963	232	17	1.212	5,7	1,3	3,5
1995	1.385	363	24	1.772	8,1	2,0	5,1
1996	1.614	440	44	2.098	9,3	2,5	6,0
1997	1.351	438	40	1.829	7,7	2,4	5,1
1998	1.252	421	-	1.673	7,1	2,3	4,6
1999	1.087	382	-	1.469	6,1	2,1	4,0
2000	1.120	351	1	1.472	6,2	1,9	4,0
2001	1.092	382	-	1.474	6,0	2,0	4,0
2002	1.142	386	-	1.528	6,2	2,0	4,1
2003	1.155	416	2	1.573	6,2	2,2	4,2
2004	1.055	396	1	1.452	5,6	2,0	3,8
2005	923	381	3	1.307	4,9	1,9	3,4
2006	1.015	388	-	1.403	5,3	2,0	3,6
2007	994	429	2	1.425	5,2	2,1	3,6
2008	998	401	3	1.402	5,1	2,0	3,5
2009	992	427	4	1.423	5,0	2,1	3,5

Fuente: DSyE- MSAL Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina N°28-2011

Gráfico 1. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, Argentina 1990-2009

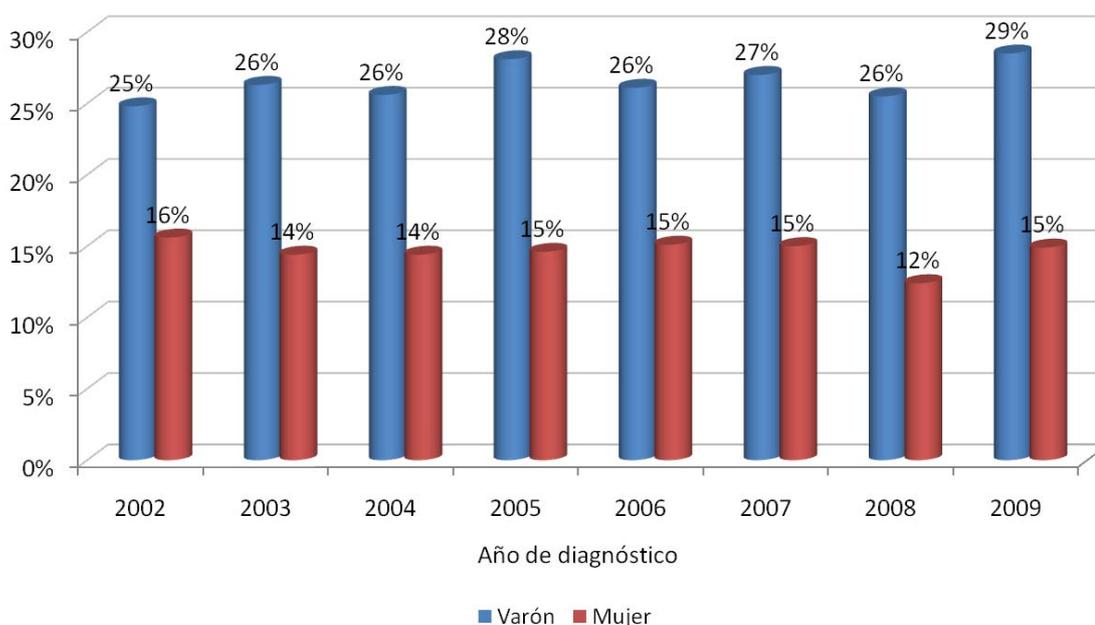


Fuente: DSyE-MSAL- Boletín epidemiológico del VIH/Sida en Argentina N°28-2011

Al distinguir por sexo en el período analizado (año 1990-2009) observamos tasas de mortalidad más elevadas en la población masculina.

En un artículo sobre la situación en el conurbano bonaerense se menciona que de acuerdo a información procedente de los hospitales Posadas, Morón (Región Sanitaria VII) y Paroissien (Región Sanitaria XII) alrededor del 40% de los nuevos diagnósticos se realizan en etapas sintomáticas de la infección. La frecuencia de diagnóstico tardío en los hombres es alrededor del doble respecto de las mujeres (Warley, 2011, p.18). De acuerdo a información de todo el país de la Dirección de Sida y ETS, durante el año 2009 el 24,8% de los diagnósticos fueron tardíos, 28,5% en el caso de los varones y 14,9% en el de las mujeres.

Gráfico 2. Proporción de diagnósticos tardíos por año de diagnóstico y sexo, Argentina 2002-2009



Fuente: Dirección de Sida Y ETS – MSAL. 2011

Facilitar el acceso al diagnóstico de VIH forma parte de una respuesta integral a la epidemia y para tal fin la consejería pre y post test de VIH representa una herramienta preventiva que contribuye desde el punto de vista epidemiológico a romper la cadena de transmisión del VIH y demás ETS favoreciendo la reflexión de la persona sobre las posibilidades de infección, promoviendo la adopción de prácticas saludables, esclareciendo creencias equívocas o fantasías y disminuyendo el estrés en la espera del resultado (MSAL, 2005).

En relación con esto, en este trabajo proponemos analizar el contexto histórico en el que se desarrolla la atención de la problemática del VIH-Sida a partir de la década del noventa en el Hospital Municipal de Morón (HM) y la creación del consultorio de Consejería VIH y ETS (CVyE) en ese hospital cuyo objetivo central fue facilitar el acceso al diagnóstico temprano del VIH. Partimos de 1990 ya que los primeros casos de la epidemia que llegan al mencionado hospital datan de esa época lo que provoca que el sistema de salud desarrolle medidas para su atención.

Luego de la presentación de las características demográficas del Partido de Morón y de los recursos para la atención de la salud se realizará la descripción de las políticas imperantes sobre el tema, haciendo un paralelo entre el nivel nacional y el local con la mención de las distintas leyes que conforman el marco legal. Tomando como caso- ejemplo el Consultorio de Consejería de VIH y ETS del Hospital de Morón, nos preguntamos: ¿La instalación de un consultorio de consejería VIH y ETS garantiza la accesibilidad al testeo? ¿Cómo se desarrolla esta estrategia en el Municipio de Morón? ¿Existe un abordaje de la problemática VIH/Sida que integre prevención y asistencia? Estas preguntas intentarán responderse a lo largo del desarrollo del trabajo a través de la descripción y análisis de la gestión y funcionamiento del mencionado consultorio. Advertimos que los resultados del estudio adquieren validez sólo para el caso analizado, sin embargo, consideramos que la aproximación metodológica desarrollada y los resultados obtenidos, especialmente en lo concerniente a las dificultades identificadas en el análisis de su funcionamiento, pueden convertirse en variables para el análisis de otros espacios de consejería instalados en otros efectores del sector público de salud. Para analizar las dificultades y calidad de atención utilizaremos los lineamientos que aparecen en el instrumento para el monitoreo de los centros de prevención, asesoramiento y testeo en VIH ofrecido por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud. (Anexo A)

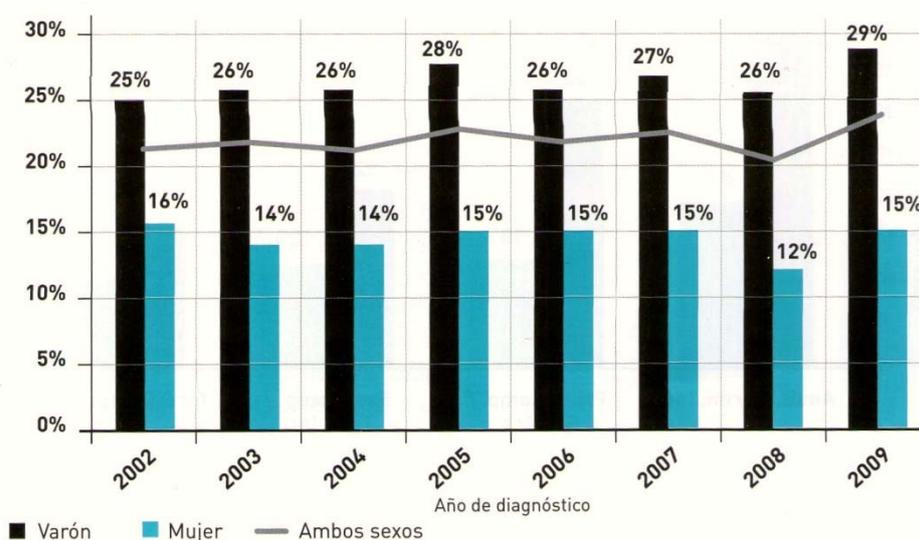
Se realizará además la descripción del perfil socio-epidemiológico de los usuarios del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital de Morón desde sus comienzos en setiembre 2006 a setiembre 2011, variable que consideramos relevante a la hora de analizar la accesibilidad, como se verá más adelante.

1.1 Fundamentación

Y la epidemia continuó avanzando...

Las últimas cifras provenientes de la DSyE del MSAL nos informan que en Argentina existen 130.000 personas que viven con el virus del VIH/Sida, de las cuales sólo el 50% conoce su situación serológica. Esa población que se encuentra infectada pero lo desconoce consulta a los servicios de salud ante determinados síntomas detectando la enfermedad en forma tardía (MSAL, 2011).

Gráfico 3. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y año de diagnóstico, Argentina 2002-2009



Fuente DSyE-MSAL-Boletín sobre el VIH-Sida en Argentina N°28-2011

Desde la Salud Pública facilitar el acceso al testeo voluntario con asesoramiento garantizándose la confidencialidad resulta una estrategia de prevención y acceso oportuno al tratamiento. La existencia de centros de asesoramiento y testeo representan una herramienta para vencer las barreras de acceso al diagnóstico que apunta al empoderamiento de la población usuaria. El modelo de atención de las consejerías propicia el fortalecimiento de la autonomía al promover la reflexión acerca del cuidado y la adopción de prácticas y comportamientos que repercuten directamente sobre la situación de salud. En informe sobre impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias (ONUSIDA, 2002) se

señala que aquellas personas que conocen su infección tienden a disminuir la transmisión de la misma adoptando pautas de cuidado, como por ejemplo el uso de preservativos.

Entendemos que detener la epidemia tiene una estrecha relación con volver accesible la información y la entrega de preservativos, promoviendo el testeo voluntario con aconsejamiento fortaleciendo la capacidad de cuidado de las personas tal como son y no como queremos que sean (Weller, 2003).

Argentina es uno de los primeros países de América Latina en contar con una legislación para enfrentar la epidemia y proteger los derechos de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS). En 1990 se sanciona la Ley Nacional 23798 que establece que la autoridad de aplicación es el MSAL. A este organismo le corresponde entonces el diagnóstico, tratamiento y prevención. En dicha ley se indica que el Estado debe garantizar el cuidado y la atención de la enfermedad y “el acceso a exámenes de diagnóstico, asegurando la confidencialidad y el consentimiento para la realización de las pruebas”.

En el partido de Morón el Sistema Único Municipal de Salud (SUMS) cuenta con el servicio de asesoramiento pre y post test brindado a través del consultorio de CVyE en el HM y algunos Centros de Atención Primaria (CAPS) desde el año 2006. Posee además la Ordenanza Municipal 12.349 del año 2010 que regula la actividad de la consejería (Anexo B). Existe amplia bibliografía internacional en relación al asesoramiento pre y post test como estrategia de prevención, tratándose en su mayor parte de guías de orientación procedentes de organismos internacionales como ONUSIDA (1997, 2000, 2002, 2003), Banco Mundial (2003), UNESCO (2003) y de otros países latinoamericanos como el caso de CONASIDA en Chile (2001) y el Ministerio de Salud de Brasil (1998). El MSAL a través de la DSyE (2002, 2003, 2005) ofrece material bibliográfico y detalles de experiencias implementadas en centros de prevención asesoramiento y testeo (CEPAT) existentes en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y en algunos centros del conurbano bonaerense (2002, 2004, 2005).

La disponibilidad de material que describa trayectorias y analice en profundidad experiencias locales por actores participantes es escasa. Podemos citar al respecto un estudio de cohorte sobre el centro de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CEPAD) del Hospital Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires (CABA). Los trabajadores de la salud no tenemos como rutina el ejercicio de la escritura dejando constancia de nuestras prácticas. Parte de la información volcada en esta tesis proviene de la experiencia de trabajo como trabajadora social en el hospital de Morón, como integrante del equipo interdisciplinario para la prevención y asistencia del VIH/Sida y formando parte del consultorio de Consejería VIH y ETS (CVyE) desde el rol de consejera. Recuperar las

acciones cotidianas del trabajo en salud con sus recorridos institucionales representa un valor agregado, independientemente del tema abordado y del aporte científico. Muchas veces la implementación de determinadas prácticas parte de las iniciativas de los trabajadores quienes, parafraseando a Hugo Spinelli, “ponen en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo” (2010, p. 281).

El consultorio de CVyE del HM es el único centro de testeo al que se accede por demanda espontánea en la región sanitaria. La existencia del mismo dependió en gran parte del trabajo entrelazado de un equipo de profesionales que se propuso su creación y gestionó su funcionamiento. El sostenimiento en el tiempo de estas prácticas da cuenta de la tarea sostenida de todos los integrantes en articulación con los niveles más altos, que dieron su aval para que la experiencia fuera posible.

Este espacio no fue producto de una planificación estratégica, sino que primero comenzaron a desarrollarse las prácticas, repitiendo en parte la experiencia de los CEPAD en la CABA. A medida que se avanzaba, se fueron adoptando distintas estrategias para resolver obstáculos que aparecían y/o mejorar la respuesta a las necesidades que se presentaban. Dichas decisiones eran discutidas por los distintos profesionales que si bien en un principio no conformaban un equipo, rápidamente fueron adquiriendo carácter de tal. Si bien el consultorio no posee una sistematización formal de su desempeño, a modo de protocolo de intervención, su accionar está establecido de manera empírica. A través de la identificación y análisis de estas prácticas intentaremos responder si las mismas garantizan la accesibilidad al testeo de VIH formando parte de un abordaje integral.

Creemos que realizar un análisis crítico del desempeño del consultorio de CVyE dentro del contexto y marco histórico permitirá reconocer debilidades y fortalezas contribuyendo en la formulación de una propuesta superadora.

1.2 Objetivo General

Describir y analizar desde las dimensiones, histórica, institucional y epidemiológica, la gestión del consultorio de consejería VIH y ETS del Hospital de Morón en el período 2006/2011 a fin de identificar las dimensiones y variables relevantes al estudio de la accesibilidad al testeo y prevención del VIH y ETS.

La dimensión histórica se refiere a la descripción de acontecimientos que precedieron a la instalación del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital de Morón.

Objetivos Específicos

Describir y analizar el contexto y los antecedentes de la creación del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital de Morón a partir de la década del 90.

Describir las diferentes estrategias de la gestión y la participación de los distintos actores involucrados en el proceso de trabajo.

Describir el funcionamiento actual del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital de Morón.

Caracterizar el perfil socio epidemiológico de la población asistida en el consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital de Morón.

Identificar dimensiones y variables relevantes al análisis de la accesibilidad al testeo y prevención del VIH y ETS.

2. ESTADO DEL ARTE

La práctica del counseling nace como disciplina en Estados Unidos a principios del siglo pasado con el objetivo de disminuir la desigualdad e injusticia social relacionadas al surgimiento de la industrialización masiva, aplicándose posteriormente a distintas problemáticas. Frank Parsons funda en Boston en 1908 un centro de guía para jóvenes destinado principalmente a la orientación vocacional y paralelamente Clifford Beers establece programas de counseling en algunos servicios psiquiátricos. En la década de 1930 Carl Rogers revoluciona la psicología clínica con el método desarrollado en su obra Counseling y psicoterapia, donde plantea a esta práctica como una manera de comunicarse con el usuario en la que el profesional colabora para que éste desarrolle sus propios recursos para vivir mejor, sin dirigir ni juzgar. (Dietrich, 1986) (Rogers, 1961)

A partir de entonces se desarrollan numerosos programas de counseling dirigidos a aquellas personas que se confrontan a situaciones difíciles, como una enfermedad grave, accidente, distintas expresiones de violencia como violación, abuso, tortura, intento de suicidio y también casos de adicciones al alcohol y drogas, entre otras. (Martinez y Valverde, 2002)

Posteriormente la OMS va a escoger y recomendar el counseling, cuya traducción es asesoramiento o consejería, como el método más apropiado de ayuda, apoyo y prevención a nivel mundial para enfrentar las amenazas producidas por la epidemia del VIH/Sida. (OMS, 1986)

Entre la disponibilidad de material bibliográfico sobre consejería distinguimos artículos y publicaciones elaboradas por organismos internacionales dedicados a la lucha contra el VIH/Sida entre los que mencionamos a la OMS y ONUSIDA. Tomando a éstos como referencia cada país por su parte elabora sus guías con las correspondientes recomendaciones a nivel local. Generalmente se trata de manuales para la puesta en práctica del asesoramiento pre y post test.

En la región de América latina y el Caribe la primera consejería pretest se realiza en Colombia en 1985, según consta en documento de ese país, publicándose en 1992 el protocolo básico del equipo de salud sobre asesoría en VIH/Sida. (Ministerio de Salud de Colombia, 2002)

En Chile, la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA) desde 1991 capacita al personal de los servicios de salud para ejercer la consejería, desde 1994 la norma establece que los resultados se entreguen en el marco de la entrevista post test. (2002)

Uruguay posee una guía que aporta directrices básicas para la realización de la consejería, orientada a la prevención. El tratamiento y la adherencia, redactada en el año 2006.

En Argentina la primera guía para la instalación de centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CEPAD) es elaborada por el Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires por la Coordinación Sida en el año 2002. Posteriormente en el año 2010 la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) presenta la guía para los centros de prevención, asesoramiento y testeo (CEPAT) que propone conceptos y pautas comunes para el proceso diagnóstico del sida y la sífilis en todo el país. En la misma se exponen lineamientos sobre organización de los equipos, estructura mínima necesaria para la realización de las prácticas garantizando la confidencialidad, modalidades de referencia y contrarreferencia, consideraciones generales para el diagnóstico en laboratorio y propuesta de indicadores dirigidos al monitoreo y evaluación de los centros. Otro importante recurso es la guía de buena práctica ético legal en VIH/Sida (Maglio et al, 2011) publicada por la Fundación Huésped.

Estos documentos definen al asesoramiento y las pruebas voluntarias (APV) y promueven la instalación de centros de testeo para tal fin. Mencionan los problemas que pueden presentarse en su instalación y los distintos beneficios y recomendaciones.

Además del material mencionado existen artículos que describen el desempeño de esos centros, es el caso del documento titulado Consejería cara a cara, experiencias en Cuba, que analiza los distintos tipos de consejería implementados en ese país a fin de evaluar calidad y efectividad caracterizando el perfil de los usuarios. (Alfonso et al, 2011)

En Colombia Alfredo Mejía (2007) describe las barreras al diagnóstico y la atención para VIH y ETS en grupos vulnerables de la ciudad de Bogotá indagando sobre los factores que afectan la utilización de los servicios de salud.

Otro estudio trata sobre la evaluación de la consejería pretest para VIH en un hospital nacional de Lima, Perú en el año 2009 con el objetivo de evaluar los conocimientos adquiridos por las personas que acudieron a ese servicio.

En EEUU en la década de 1980 se instalan centros de atención de ETS en servicios de planificación familiar. En Brasil se comienzan a desarrollar a escala nacional centros de orientación y apoyo serológico (COAS) que constituyeron una modalidad alternativa a los servicios de salud tradicionales que incluían la serología de VIH, sífilis y otras ETS en forma confidencial y anónima. En 1997 estos centros comenzaron a llamarse centros de testeo y asesoramiento (CTA). (MSAL, 2004) (Ministerio de Saúde, Brasil., 1998)

En Argentina los primeros centros de testeo se crean en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe en 1997. En el año 2000 se abre el primer centro de testeo en el Gran Buenos Aires en el Partido de San Martín y el primer centro de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CEPAD) en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 2 de la Ciudad de Bs. As. En noviembre del año 2001 comienza a funcionar un CEPAD en el hospital Ramos Mejía.

El mencionado centro ha elaborado distintos artículos, en uno de ellos describe las características de una cohorte de usuarios del mismo (2010), en otro documento evalúa el impacto de un programa de prevención y diagnóstico precoz en VIH/Sida y ETS en la población transgénero. (2010)

Existen además otros textos que describen experiencias en centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico en VIH/Sida entre los que encontramos el que se refiere al CEPAD Casa Joven del barrio de Flores que es el primer centro ubicado fuera del sistema de salud (2009) y el del CEPAD ubicado en el Centro de Salud Comunitario N° 2 en la CABA.

Entre las propuestas surgidas a nivel internacional destinadas a la prevención del Sida mencionamos:

ABC de la prevención del VIH: consiste en promover la abstinencia, la fidelidad (en inglés being faithfull) y el uso de condón. Un estudio chileno realizó una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre el tema concluyendo acerca del uso de preservativo masculino que el resultado es exitoso cuando se dirige a determinados grupos y especialmente cuando se acompaña con la entrega de los mismos. En cuanto a la promoción de la fidelidad se observaron resultados menos favorables, especialmente en grupos como hombres que tiene sexo con hombres (HSH). Acerca de la abstinencia, el estudio expresa que tiene más seguidores en los países subdesarrollados que en los desarrollados. En EEUU este programa no ha tenido ningún impacto a pesar de que fue el principal promotor del ABC.

Exclusión voluntaria (opt out) a la prueba del VIH: este enfoque propone que en todos los establecimientos de salud, previa información sobre el tema, se debe ofrecer la prueba del VIH ante las siguientes situaciones: pacientes cuyo cuadro clínico sea compatible con enfermedad de VIH/Sida independientemente del contexto epidemiológico; a todos los usuarios que consulten a un establecimiento de salud como parte de la atención médica de rutina en países con epidemia VIH generalizada¹ que presenten determinadas características en los países con epidemias concentradas o de bajo nivel. En caso de que la persona no desee realizarse la prueba debe rechazarlo de manera explícita.

La OMS y ONUSIDA (2002) plantean la necesidad de incorporar distintos enfoques para aumentar la realización del test. Si bien apoyan la propagación de centros de testeo con asesoramiento donde el proceso se inicie con la voluntad del usuario, mencionan que en determinados contextos se pierden oportunidades para diagnosticar y asesorar a las personas en establecimientos de salud, recomendando entonces el enfoque de exclusión voluntaria (opt out) a la prueba del VIH y asesoría iniciada por el proveedor.

Citamos a continuación la opinión emitida al respecto en el documento de consenso sobre testeo voluntario de VIH del comité de sida del hospital Ramos Mejía:

“En EEUU el testeo sin la firma del consentimiento informado se pensó en función de aumentar el diagnóstico de infección por VIH y desestigmatizar el proceso de testeo entre los principales objetivos. Diversos estudios epidemiológicos en ese país señalan que esta estrategia de lograr testeo universal es costo efectiva aún con baja prevalencia de infección por VIH. En nuestro país este mecanismo no ha sido implementado y de hacerse debería abarcar todo el ámbito de la salud para que sea eficiente”. (2010, p 8)

En la revista Plos Medicine (2007) el Dr. David Holtgrave en un artículo realiza una estimación de los beneficios de la prueba con o sin counseling, señalando los posibles beneficios en un programa que incluya esta práctica. Por otra parte un artículo publicado en una edición de junio de 2007 en Morbidity and mortality weekly report refirió que un estudio realizado en los servicios de emergencia en tres hospitales, uno en Los Ángeles, otro en Nueva York y otro en California, comprobó que el 1% de los pacientes a los que se realizó la

¹ Se entiende por epidemia generalizada cuando la misma se encuentra establecida en la población con una prevalencia superior al 1% en las mujeres embarazadas. Se considera epidemia concentrada cuando la misma se mantiene con una prevalencia superior al 5% en un grupo de población específico y epidemia de bajo nivel cuando no supera el 5% en ningún grupo de población en particular.

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

prueba con el enfoque de exclusión voluntaria (opt out) dieron positivos al VIH. Agregan que casi la mitad de las personas diagnosticadas no pertenecían a grupos vulnerables. La guía de buena práctica ético legal en VIH/Sida de la Fundación Huésped considera que si el ofrecimiento del test se acompaña de información clara, con preservación de la identidad y consentimiento informado individual la oposición entre estrategias opto ut y opt in es más aparente que real. (Maglio et al, 2007, p 82)

Consideramos pertinente presentar estas opiniones dado el carácter controversial que presenta el tema, encontrándose pendiente el desarrollo de una discusión en donde se analicen las distintas ventajas y desventajas acerca del modo y alcances de la solicitud de la prueba del VIH.

3. MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

3.1 Marco Conceptual de Referencia

Desde una concepción de salud como derecho humano, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al mismo como un derecho inclusivo, incluyendo en sus recomendaciones, además de la atención de la salud oportuna y apropiada, los principales factores determinantes de la salud expresados a continuación:

“Acceso al agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, al suministro adecuado de alimentos sanos, 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” (OMS, 2002, p. 12).

Establece además cuatro criterios para evaluar el derecho a la salud, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.

En nuestro país según datos del Ministerio de Salud, correspondientes al año 2011, 130.000 personas viven con el virus del VIH/Sida, de las cuales sólo el 50% conoce su situación serológica. Estos datos indican el problema de la falta de acceso al diagnóstico oportuno, tratándose de un tema central en la respuesta actual a la epidemia. De acuerdo a la misma fuente de datos se señala para el año 2009 la existencia de un 25% de diagnósticos tardíos, siendo de un 34% en varones heterosexuales. Esta situación supone la pérdida de oportunidad de un tratamiento efectivo y la probabilidad mayor de co-morbilidad en estas personas quedando visibilizada la desigualdad de género en el acceso a la prueba.

Definimos al diagnóstico tardío de VIH como aquel que se produce conjuntamente con la aparición de enfermedades marcadoras de sida o que éste se desarrolle dentro de los doce meses posteriores al diagnóstico de infección. Se trata de un indicador muy importante para evaluar las condiciones de acceso al testeo, se construye ubicando en el denominador a todas las personas con fecha de diagnóstico conocidas y en el numerador a todas las personas con diagnóstico de sida simultáneo o dentro de los doce meses posteriores a que fuera diagnosticada la presencia del virus de VIH. (MSAL, 2011)

Un estudio realizado sobre la presencia de estadio clínico avanzado al inicio del tratamiento antirretroviral realizado en 264 pacientes asistidos en el hospital Paroissien del Partido de La Matanza y el Hospital Municipal de Morón entre los años 2005 al 2009 concluye que el 70% de estas personas fueron diagnosticadas en forma tardía.

Según recomendaciones de la OMS y OPS facilitar el acceso de las personas al diagnóstico de VIH representa una estrategia de salud pública para la prevención. Según la Guía para la instalación de centros de prevención, asesoramiento y testeo en VIH y sífilis (CEPAT) de la Dirección de Sida y ETS (DSyE) del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL):

“Trabajar en la prevención y diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) implica considerar la salud, la enfermedad y la atención como un proceso histórico y socialmente construido, que emerge de las condiciones de vida y de trabajo de los distintos conjuntos sociales, donde se encuentran involucradas las representaciones y prácticas de estos aspectos, articulando lo biológico e individual con lo político, económico, ambiental y social. El diseño de estrategias para la prevención y el diagnóstico de VIH, la sífilis y otras ETS supone reconocer la complejidad de los padecimientos, la sexualidad y la vida de las personas como así también lo complejo de las modalidades de trabajo en lo concerniente a la prevención y asistencia de estas problemáticas en las instituciones” (DSyE, 2011, p. 8).

El documento citado refiere que los centros de asesoramiento y testeo de VIH, también llamados consejerías, son considerados adecuados para la reflexión acerca de las distintas situaciones de exposición al virus, funcionando además como puerta de entrada a la prevención, cuidado y tratamiento del VIH ya que facilitan el acceso a la información sobre la epidemia y sus vías de transmisión, motivación para el cambio de comportamientos, conocimiento del estado serológico, servicios de salud sexual y reproductiva y además a tratamientos antirretrovirales y servicios de apoyo. Estos espacios ofrecidos para el asesoramiento previo y posterior a la realización de un test de VIH son definidos como proceso de escucha activa, individualizado y centrado en la persona usuaria. El objetivo de la consejería es disminuir la transmisión del VIH y ETS mejorando la habilidad para la prevención y el diagnóstico voluntario favoreciendo la posibilidad de acceso de las personas a espacios de confidencialidad y fortalecimiento de su autonomía (DSyE, 2011).

Proponemos realizar un análisis de situación con respecto a la accesibilidad al diagnóstico de VIH en el Municipio de Morón desde la perspectiva de la salud colectiva. Expresa Cecilia De Souza Minayo: “Para la salud colectiva la salud es un bien social asociado a la calidad y a la protección de la vida que refleje políticas públicas y sociales universalizantes inclusivas en la ciudadanía superadoras de las inmensas desigualdades sociales”. (Minayo, 2009, p. 210) Nos preguntamos entonces: ¿Qué entendemos por volver accesible el testeo de VIH? La accesibilidad a los servicios de salud ha sido definida en la biblioteca virtual por los descriptores en ciencias de la salud como “el grado por el cual los

individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para adentrar a y recibir atención y servicios del sistema de salud". (2012) En una investigación sobre accesibilidad desde una perspectiva relacional entre población y servicios Comes, Solitario & Garbes la definen como "la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, lo que implica un problema de la oferta, representado en barreras de tipo geográficas, económicas, administrativas y/o simbólicas". (2006, p. 201).

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, económica y a la información. (OMS, 2002). A su vez el acceso al diagnóstico de VIH ha sido definido como "la posibilidad que tienen las personas para disponer de servicios de salud de calidad, oportunos, dentro de un sistema de atención integral, sensible a los grupos vulnerables". (Mejía, 2007, p. 10) Para el caso de la prevención y el tratamiento del VIH/Sida y ETS la accesibilidad está representada por la facilidad para ingresar a los lugares donde se realiza el asesoramiento con la gratuidad del servicio, con disponibilidad de preservativos, equipos de inyección, test de VIH, terapias para la prevención de la transmisión vertical (TV) y tratamientos antirretrovirales (TARV). (DSyE, 2002)

La disponibilidad se refiere a la provisión de centros, bienes, servicios y programas de salud pública y atención sanitaria operativos y en cantidad suficiente. (OMS, 2007)

La aceptabilidad implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética a la vez que sensible a los factores culturales, la edad y el género y la calidad hace referencia a la idoneidad que deben tener los establecimientos, bienes y servicios de salud. (OMS, 2007)

La instalación de centros de testeo forman parte de una estrategia global que incluye la prevención y el tratamiento, una planificación estratégica en la que participan todos los actores intervinientes: funcionarios, integrantes del equipo de salud y también PVVS lo que implica una mirada integral de la misma (Onusida, 2002). Entendemos la planificación estratégica en un marco de construcción participativa, como un proceso en el que se tiene en cuenta al otro en tanto sujeto, pero sin quedarse en escucha pasiva, sino trabajando en un diálogo constante para la resolución de los problemas (Bloch, 2009, p. 43). Volver accesible el testeo forma parte de una política de salud que se propone frenar el avance del VIH/Sida incluyendo la disponibilidad de recursos humanos y materiales.

En nuestro país según datos del MSAL tenemos una epidemia concentrada. La prevalencia es mayor en determinados grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad incrementada entre los que se encuentran los travestis, los hombres que tienen sexo con hombres (HsH), los usuarios de drogas, las trabajadoras sexuales, la población migrante, los pueblos originarios, las personas en situación de pobreza y las que se encuentran en situación de encierro.

Tabla 3. Prevalencia de VIH en población general y grupos con vulnerabilidad incrementada - Argentina, 2011

Grupo	Prevalencia
Población general	0,4
Travestis	34
HsH	12
Usuarios de drogas	7
Trabajadorxs sexuales ²	5

Fuente: Duranti. Homos y Travestis - Argentina, 2011

La categoría hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es una categoría epidemiológica que según define Ricardo Duranti (2011, p 130) intenta incluir las variedades identitarias o no, de aquellos hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. El conjunto de HSH se compondría de toda una variedad de grupos, como los gays, bisexuales, travestis y otros hombres genérica y biológicamente considerados como tales y que tienen sexo con hombres.

En relación a quien se le ofrece el test proponemos una reflexión. Así como la problemática del VIH/Sida no encuentra respuestas en la teoría del germen, pensar en ofrecer el test solamente a aquellas personas que presentan determinadas “conductas de riesgo” sería pensar la enfermedad desde la teoría homónima desconociendo la determinación de múltiples factores de tan complejo padecimiento. Luis D’Castiel expresa “Los discursos sobre la salud (y más específicamente sobre riesgos a la salud) consisten en construcciones contingentes, de carácter normativo, inapelablemente vinculadas a otros intereses” (2010, p. 29). Si pensamos únicamente en conductas de riesgo estamos circunscribiendo la responsabilidad a la simple decisión de las personas, lo que exime a la sociedad y al Estado de desarrollar acciones al respecto, algo similar a la culpabilización de la víctima. Un estudio de Dodds (2002) que aborda los mensajes de responsabilidad en la promoción en salud acerca de VIH/Sida en Inglaterra muestra que “existen tanto enfoques

simplistas patologizantes de las víctimas según los cuales quien es sano es responsable y quien no lo es se enferma, como los que enuncian responsabilidades sociales y organizacionales relativas a la prevención del sida, afirmando que los mensajes culpabilizantes no estimulan a quien los lee a enfocar la situación más amplia de la epidemia” (Dodds, 2002, citado por Castiel, 2010, p. 39). En el terreno de la salud la idea de culpabilización de la víctima no es reciente, en los años 70 se debatía sobre la responsabilización del individuo por su padecimiento.

Resulta adecuado señalar la diferencia entre riesgo y vulnerabilidad. El concepto de riesgo desde la epidemiología se asocia con la posibilidad de que ocurra una enfermedad o muerte, calculándose la probabilidad de que eso suceda en un grupo definido. El riesgo como categoría epidemiológica-social aplicada a un determinado grupo como construcción sociocultural y política, conlleva a la estigmatización de determinadas conductas y comportamientos. (Goldberg, 2007, p 7) Visto de esta forma se contribuye a suponer que habría grupos con comportamientos peligrosos que constituyen una amenaza para sí mismos y los demás sin tener en cuenta por ejemplo como se originan estas prácticas. Siguiendo a Ricardo Ayres decimos que la vulnerabilidad da cuenta de la susceptibilidad a distintas situaciones de exposición, en este caso al virus del sida, determinadas por distintos aspectos, individuales, culturales, colectivos y contextuales. El citado autor analiza tres ejes interdependientes de la vulnerabilidad para el abordaje de la epidemia, la vulnerabilidad individual, la social y la programática. La individual se refiere a la susceptibilidad de todos los individuos frente a la infección, la social plantea al proceso salud enfermedad atención como proceso social y la programática se refiere a cuando las instituciones que median la vida de las sociedades (familia, escuela y servicios de salud entre otros) no pueden disminuir las probabilidades de una persona a infectarse. (Ayres, 2007, p. 136). Mencionamos la existencia de contextos de vulnerabilidad condicionados por desigualdades sociales, de género, étnicas, religiosas.

Amerita hacer mención a tres modelos teóricos para encarar la prevención de la transmisión del VIH, el modelo epidemiológico conductual, el antropológico cultural y el político económico citados por Hernán Manzelli (2003).

El epidemiológico conductual se centra en las conductas de riesgo individuales, apuntando a modificar las mismas mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de los distintos grupos de la población ante la enfermedad. Podemos relacionar este modelo de intervención con el

positivismo, donde el investigador cumple un rol objetivo, buscando explicar las acciones de los sujetos. Las intervenciones buscarán controlar las circunstancias y consecuencias mediante la medición de las actitudes, comportamientos y creencias de los sujetos y las propuestas de acción para la prevención se orientarán hacia los cambios individuales.

El modelo antropológico cultural se centra en los significados que los sujetos otorgan a sus prácticas en determinados contextos, intenta modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos y alienta la promoción de aquellas normas y valores que hacen viable los comportamientos saludables. Este enfoque puede relacionarse con el paradigma interpretativo, donde el investigador busca comprender, mientras que las intervenciones se orientarán a educar a los diferentes grupos sociales.

El modelo político económico parte de la movilización comunitaria, apunta a reducir la vulnerabilidad social más que la individual considerando que la desigualdad estructural según clase, género, subcultura, estilo de vida, etc., está a la base de la epidemia. Sostiene que éstas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual. Las intervenciones preventivas van a estar dirigidas hacia el activismo de base comunitario movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas. Se deja de analizar el riesgo percibido en términos de comportamiento individual para centrarse en la vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente. Implica cambios en las respuestas tecnocráticas hacia la epidemia por una respuesta fundamentalmente política. El investigador reflexiona críticamente con y para las personas afectadas mientras que las intervenciones buscarán emancipar a los investigados respecto de los obstáculos de irracionalidad, injusticia y opresión que los hace vulnerables estructuralmente.

La instalación de Centros de asesoramiento y testeo intenta dar una respuesta a la epidemia obteniendo aportes de los tres modelos citados, ya que el abordaje en la entrevista es individual, promoviéndose la reflexión acerca de las propias prácticas y analizándolas dentro de cada contexto y a su vez reconociendo la responsabilidad del Estado, por acción u omisión, de situaciones de desigualdad.

Las instancias para el asesoramiento y testeo según refiere la guía CEPAT están atravesadas por temas como la accesibilidad y la gratuidad, la agilidad y la capacidad de resolución, la voluntariedad y la confidencialidad. La Ley Nacional de Sida en su decreto reglamentario N°1.244/91 hace referencia en el artículo 6° al previo consentimiento del

paciente, señalando además que “Le asegurará la confidencialidad y previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente”. Un antecedente al respecto aparece en la Convención Internacional de los Derechos Humanos y Biomedicina, que establece en su artículo 5° que una intervención médica puede realizarse luego de que el sujeto haya dado su consentimiento libre e informado. Entendemos que el consentimiento no es simplemente una firma, es el acto por el cual la persona es informada sobre las características de la práctica a realizar y las consecuencias de la misma además de sus derechos, incluyendo la posibilidad de negarse a su realización, lo que se desprende de la voluntariedad.

Siguiendo a Souza Campos decimos “hay que invertir en el fortalecimiento de los sujetos, no sólo en su dimensión corporal conforme a la tradición de la salud pública sino también al pensarlos como ciudadanos de derecho y como sujetos críticos capaces de reflexión y elección más autónoma de los modos de andar en la vida” (2002, p 185). En este sentido el consentimiento es un proceso que se completa con la aceptación del paciente a realizarse la práctica y en el caso del análisis del VIH el proceso concluye con la concurrencia a la devolución del resultado, siendo entonces informado del mismo. Según se expresa en la guía de buena práctica legal en VIH/Sida en este proceso el equipo de salud no sólo transfiere, selecciona e informa adecuadamente, también debe saber escuchar, para ello es preciso considerar un modelo superador del unidireccional. (Maglio et al, 2010)

En una investigación sobre el diagnóstico de VIH en distintas ciudades y localidades del país, realizada por la DSyE se señala que la norma acerca de la firma del consentimiento es percibida por algunos profesionales como obstáculo para la implementación del testeo surgiendo además en la misma que los espacios de consejería fue una estrategia poco mencionada por los entrevistados.

Cualquier integrante del equipo de salud con una capacitación adecuada puede realizar la actividad de consejería, inclusive pueden hacerla las PVVS. Es preciso señalar que la oferta al testeo no solamente puede realizarse en el ámbito de la consejería. Contar con profesionales que ofrecen la realización del análisis del VIH en el marco mencionado significa volver accesible el testeo. Esto se relaciona con el ejercicio de prácticas facilitadoras, tendientes al empoderamiento y la inclusión. No podemos desconocer que no todas las personas tienen acceso a la prevención, por lo tanto promover y facilitar la oferta al testeo en distintas situaciones en las que las personas se acercan a los centros de salud representa vencer barreras al diagnóstico temprano. De esta manera cualquier persona que consulte al sistema de salud luego de que su motivo de consulta haya sido resuelto podrá recibir asesoramiento acerca de la posibilidad de realizarse un test de VIH.

Incluye un conjunto de acciones protagonizadas por diferentes integrantes del equipo de salud de distintas disciplinas (empleados administrativos, técnicos de laboratorio, enfermeros, bioquímicos, médicos, psicólogos, trabajadores sociales), que aportando desde sus saberes, sólo si son armoniosamente articulados podrán obtener el objetivo deseado. Menendez expresa que la complementación y articulación deben darse sin hacer perder las características básicas de cada disciplina, sino respetando lo que cada uno aporta (Menendez, 1990, p 16). Articular armoniosamente tiene relación que cada uno realice sus prácticas de manera pertinente, actuando en consonancia con el accionar el otro, coordinando cada uno de los pasos. El aporte diferencial específico de cada miembro puede deberse tanto a una cuestión disciplinar como a las diferencias surgidas de las experiencias de cada uno o debido al lugar singular que cada integrante construye dentro del espacio grupal. Adolfo Carballeda menciona las dificultades de aplicación de los conocimientos en los espacios interdisciplinarios, señalando la complejidad de las relaciones entre los distintos campos de saber. Al respecto refiere “Una disciplina no logra entender que es lo que hace la otra, generándose diferentes expectativas que surgen de desiguales concepciones acerca del sentido de lo que se está haciendo” (Carballeda, 2007, p.26). Este autor expresa que “la tensión entre campos autónomos y heterónomos (dependientes de otros) es una de las cuestiones que aparecen con frecuencia en diferentes escenarios de supervisión, a veces ligados a una profesión, otras a equipos interdisciplinarios” (Carballeda, 2007, p.35).

¿Desde donde son pensadas las prácticas de los trabajadores de la salud?
¿Responden a normas preestablecidas? ¿Esas normas obedecen a planificaciones normativas o estratégicas? Hugo Spinelli expresa al respecto:

“El trabajo en salud se caracteriza por la alta autonomía en la base de la organización. El trabajador de la salud no es el trabajador manual pensado por Taylor, sino que es un trabajador del conocimiento y por ende el lenguaje –verbal y no verbal-es central en su proceso de trabajo. El trabajador de la salud, en tanto trabajador del conocimiento hace cosas con palabras, cuando se comunica trabaja y cuando trabaja se comunica expresando así el potencial del lenguaje como constructor de la realidad” (2010, p. 283).

A través de los actos de habla y escucha se generan compromisos. Lo comunicado va a repercutir en el otro según ese lugar que el comunicador esté ocupando, ¿Que “representa” solicitar un test de VIH a una persona dentro del marco de una consulta de rutina? Souza Campos cita a Amarante (1996) quien al sintetizar el aporte de Basaglia señala: “Si la enfermedad es colocada entre paréntesis la mirada deja de ser exclusivamente técnica, exclusivamente clínica. Entonces es el enfermo, es la persona el

objetivo del trabajo y no la enfermedad. De esta manera el énfasis no está puesto en el “proceso de cura” sino en el proceso de “invención de la salud” y de “reproducción social del paciente” (Amarante, 1991. Citado en Souza Campos 2001, p. 73). Se sale de un objeto, la enfermedad, y se entra en un sujeto (Souza Campos, 2001). Cuando hablamos de solicitar el test nos referimos a una comunicación en la que la información no circule en una sola dirección, sino que el paciente tenga un rol activo en la misma.

¿Qué tecnologías son necesarias para instrumentar estas prácticas? Siguiendo a Emerson Merrhy diremos que si miramos con atención a los procesos de trabajo realizados constatamos que además de las distintas herramientas (como por ejemplo las jeringas para la extracción, los aparatos para analizar la sangre, los reactivos, los formularios de entrevista, etc.) movilizamos conocimientos profesionales bien estructurados. Este saber es considerado una tecnología menos dura que la de las herramientas y aparatos por eso se lo llama tecnología blanda-dura. Blanda porque es un saber que las personas adquirieron y está inscripto en su forma de pensar los casos de salud y en la manera de organizar una actuación sobre ellos, pero es dura en la medida que es un saber hacer bien estructurado, bien organizado, bien protocolizado, normatizable y normatizado. Además de estas dos situaciones tecnológicas existe una tercera que denomina blanda, correspondiente a todos los trabajadores de salud en sus relaciones con los usuarios.

“Por tecnología blanda se refiere a aquel abordaje asistencial de un trabajador de la salud junto a un usuario-paciente que posibilita un encuentro entre dos personas donde ejerzan influencia una sobre la otra, instaurando un juego de expectativas y producciones, donde ocurre o no una producción de amparo, de responsabilización alrededor del problema, donde se producen relaciones de vínculo y aceptación. Si pensamos en el acceso al testeo como acto de salud, vemos que conviven en él tecnologías duras, blanda duras y blandas que representan a la dimensión cuidadora “(Merhy, 2006, p. 33).

Vemos que el modelo asistencial que opera en los servicios de salud subordina la dimensión cuidadora a un lugar irrelevante y complementario, esto tal vez explique en parte que la actividad de consejería haya sido escasamente mencionada por los integrantes del equipo de salud en una investigación realizada en distintos hospitales por la DSyE sobre el diagnóstico de VIH en el año 2010.

Marco Legal

Como ya se mencionó anteriormente, en 1990 se sanciona la Ley N°23798 de Lucha contra el Sida y en 1991 su decreto reglamentario N° 1244.

En 1996 se sanciona la Ley 24754 de Prestaciones Obligatorias, que obliga a las medicinas prepagas a cubrir las prestaciones y los medicamentos para el VIH/Sida.

En 1996 y 1997 las Resoluciones Ministeriales 247 y 625 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación y la Resolución 709 de la Administración Nacional del Seguro de Salud establece la cobertura total de las prestaciones y los medicamentos a las PVVS beneficiarias de la seguridad social.

En 1997 la Resolución 124 del MSAL aprueba las recomendaciones para la transmisión perinatal del VIH/Sida estableciendo la obligatoriedad de ofrecer el test de VIH a embarazadas y el tratamiento con AZT.

3.2 Metodología

El presente trabajo desarrolla una aproximación cualitativa basada en la búsqueda y recopilación de antecedentes históricos y documentación institucional respecto de la creación del consultorio de consejería VIH y ETS del hospital de Morón.

En primer lugar se analiza el contexto, describiendo brevemente características demográficas del partido de Morón y de los recursos para la atención de la salud. Las fuentes de información proceden de:

Censo 2001/2011 y del municipio de Morón.

Investigación “Análisis de situación de salud del Partido de Morón” Bs.As. Lavado et al- año 2005

A continuación para el análisis histórico se presentan los antecedentes de la atención del VIH/Sida en el sistema público municipal, actualmente sistema único municipal de salud (SUMS), relacionando con investigaciones que dieron lugar a la instalación de las consejerías. Los datos proceden de la recuperación de registros hospitalarios, documentos y cuadernos de campo provenientes del trabajo de los distintos equipos y de la autora. Se analiza el contenido de la siguiente documentación:

Cuadernos de campo del Servicio Social (período 1984/2004)

Fichas de reuniones del consultorio de Planificación Familiar (período 1983/1986)

Cuaderno de campo del consultorio de Adolescencia (período 1985/1995)

Historias Sociales de PVVS atendidas en el HM (período 1993/2011)

Registro de actas de Asambleas hospitalarias del HM (período 1995/1997)

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

Actas de reuniones de Comisión de Carrera Sanitaria Municipal del SUMS (período 2001/2004)

Investigación "El impacto del ajuste del gasto en salud en el Servicio Social del Hospital de Morón" Bs.As. Núñez, Otero & Quatrini, 2002

Investigación "Atención del paciente HIV en el Hospital de Morón" Bs.As. Núñez, Otero, 1995

Para el análisis de la gestión de la consejería se describen aspectos relacionados a la conformación del equipo y estrategias. Se analizan los siguientes documentos e investigaciones:

Cuadernos de campo del Servicio Social (período 2005/2011)

Investigación "Promoción, prevención y detección precoz del VIH/Sida en mujeres en CAPS en Morón" Bs. As. Collado et al, 2005

Investigación "Evaluación del cuidado prenatal en mujeres que atienden su parto en el Hospital de Morón" Bs. As Warley et al, 2005

Investigación "Diferencias relacionadas al género en VIH al momento del diagnóstico" Bs. As. Warley et al, 2005

Investigación "Inicio tardío de terapia antirretroviral en Hospital Paroisien y Hospital de Morón" Bs. As. Warley et al, 2010

Ordenanza Municipal 12379/10- Concejo Deliberante de Morón- 2010 (ANEXO B)

Posteriormente se aplica el instrumento para el monitoreo de los centros de prevención, asesoramiento y testeo de VIH elaborado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. (ANEXO A)

Para la caracterización del perfil socio-epidemiológico de la población usuaria del CVyE en el período septiembre 2006 a septiembre 2011 se analizan:

Libro de registro de consultas del CVyE

Archivo de formularios de entrevista pre y post test (ANEXO B)

Planilla de base de datos

Se describen y analizan las variables sexo, identidad de género, edad, residencia, escolaridad, ocupación, relación de pareja, edad de inicio de relaciones sexuales y situación en que se mantienen las mismas, antecedente de prácticas y/o situaciones de exposición al virus, uso de preservativo en la primera relación y uso de preservativo siempre.

4. ANÁLISIS Y RESULTADOS

4.1 Situación Demográfica y epidemiológica del Partido de Morón

El partido de Morón se encuentra ubicado en la provincia de Buenos Aires, situándose al noroeste a 20 Km de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Limita con los partidos de Tres de Febrero, La Matanza, Hurlingham, Ituzaingó y Merlo.

En el año 1994 cede tierras a los partidos de Hurlingham e Ituzaingó que hasta ese momento formaban parte del mismo.

El partido de Morón integra con los partidos de Merlo, Ituzaingó, Hurlingham y Moreno la Región Sanitaria VII dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs.As. Cabe señalar que en el año 2009 se produjo un cambio en la conformación de las regiones sanitarias, anteriormente la región incluía el Partido de La Matanza que actualmente conforma la Región Sanitaria XII y los partidos de Merlo y Moreno se encontraban en otra jurisdicción.

Según información del Censo 2010 la población del Partido de Morón asciende a 319.934 habitantes. Su composición etarea concentra el 64% en el grupo de 15 a 64 años, el 20,5% en el de 0 a 14 años y el 14,9% entre las personas mayores de 65 años. La tasa de dependencia potencial de 54,9% expresa que más de la mitad de la población depende del resto. La proporción de mujeres en edad fértil es de 47,2% con un promedio de 1,7 hijos por mujer. La tasa de analfabetismo es de 0,9%. En cuanto a la cobertura de salud el 38% de la población carece de cobertura de la misma (obra social, prepaga o mutual).

Al igual que en el resto del país conviven en Morón los tres subsistemas de atención de la salud, el privado, el de la seguridad social y el público. Dentro del subsistema público coexisten el nacional, el provincial y el municipal.

El SUMS (Sistema Único Municipal de Salud) creado por Ordenanza municipal N°4206/01 en el año 2001 cuenta con 13 CAPS y el HM.

El HM es un hospital general de agudos con complejidad 3. Cuenta con 190 camas para internación distribuidas en los servicios de Tocoginecología, Neonatología, Pediatría, Clínica Médica, Cirugía, Terapia Intensiva y Emergencias. Además se encuentran el Servicio de Anatomía Patológica, Laboratorio, Radiología, Salud Mental y Servicio Social. Estos servicios trabajan tanto con la demanda de internación como la de consultorios externos.

Ofrece además la atención en consultorio externo de distintas especialidades, entre los cuales se encuentra el de Consejería VIH y ETS.

Para la atención de alta complejidad el hospital articula mediante redes formales e informales de derivación con el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. L. Güemes dependiente de la provincia de Bs.As. especializado en cirugía, traumatología y ortopedia y el Hospital Nacional Prof. A. Posadas.

Según información del Ministerio de Salud del año 2008 conviven con VIH/Sida en el partido de Morón 916 personas, lo que representa una tasa de 17 personas cada 100.000 habitantes. En el año 2009 y 2010 las tasas son de 9,7% y 3,4% respectivamente, lo que no representa un descenso real en las mismas sino un retraso en las notificaciones.

Tabla 4. Tasas de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes en los 24 partidos del GBA, Argentina, 2001-2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *	2010 *
24 Partidos del GBA	24,7	22,5	23,6	24,5	19,3	18,3	15,8	15,3	10,7	7,7
Almirante Brown	22,1	21,7	24,4	19,9	19,7	13,1	15,4	16,3	11,7	8,3
Avellaneda	34,0	42,7	40,1	31,5	24,8	28,8	25,4	18,8	15,5	7,6
Berazategui	12,2	40,8	30,1	27,0	14,1	17,5	11,9	16,4	14,7	12,3
Esteban Echeverría	10,7	17,2	29,2	19,4	17,5	12,0	10,3	37,5	14,9	9,0
Ezeiza	21,9	11,3	14,0	20,2	14,4	29,2	15,5	12,4	3,8	3,7
Florencio Varela	13,5	24,9	17,8	18,4	18,0	15,8	14,5	13,7	13,4	7,0
General San Martín	18,9	21,8	18,2	19,7	19,1	16,9	17,1	15,1	9,0	11,3
Hurlingham	27,3	9,2	11,5	13,7	9,6	11,3	14,0	11,7	8,9	7,2
Ituzaingó	21,5	10,7	14,4	8,1	9,9	17,1	9,7	10,3	6,6	5,4
José C. Paz	30,0	21,8	21,0	40,1	26,8	15,6	20,5	15,5	14,9	11,3
La Matanza	30,9	27,1	32,5	22,8	18,3	20,4	16,2	14,2	7,7	5,4
Lanús	47,0	36,1	40,5	36,5	35,3	35,3	23,4	21,4	15,9	11,8
Lomas de Zamora	30,3	24,7	23,0	33,5	26,9	27,6	23,4	23,7	19,9	13,0
Malvinas Argentinas	14,1	13,3	16,8	31,2	13,8	10,4	9,3	4,1	5,3	6,5
Merlo	17,9	17,0	18,2	18,4	17,7	14,9	14,7	14,5	9,4	6,8
Moreno	20,0	15,4	17,7	27,7	18,2	17,1	19,8	15,3	12,4	7,5
Morón	25,5	17,1	19,2	24,9	17,2	13,3	16,1	17,3	9,7	3,4
Quilmes	22,7	26,4	20,6	27,4	19,0	16,1	11,0	11,1	8,7	4,6
San Fernando	37,1	20,3	28,0	28,4	36,4	17,7	24,5	18,7	14,8	12,3
San Isidro	33,3	19,9	23,6	28,4	15,7	17,8	9,9	13,3	8,9	7,9
San Miguel	15,8	12,1	10,5	19,9	15,9	15,4	10,4	11,4	7,7	8,0
Tigre	20,6	15,8	15,4	25,1	17,9	14,3	15,4	10,6	9,2	8,2
Tres de Febrero	16,9	13,4	15,7	14,8	10,1	11,8	12,1	10,9	7,7	3,5
Vicente López	23,7	14,6	17,9	18,7	14,0	12,2	9,2	9,6	6,7	6,7

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Fuente: DSyE- MSAL-Boletín sobre el VIH/Sida en Argentina N°28-2011

4.2 Reseña de la Atención del VIH/SIDA en el Municipio de Morón

La construcción de los cimientos

La historia de la atención de la infección VIH/Sida en el hospital de Morón se remonta a los primeros años de la década del noventa. Por aquellos tiempos el sistema de salud municipal contaba para la atención de la misma con el hospital municipal y tres centros de salud llamados hospitalitos, en las ciudades de Palomar, Hurlingham e Ituzaingó. Cabe señalar que luego de la división del partido de Morón, los centros de salud de Hurlingham e Ituzaingó pasaron a pertenecer a los municipios homónimos, favoreciéndose desde las autoridades el pase de agentes municipales. A más de una década de Alma Ata, la disponibilidad de centros de atención primaria dependientes del sector público era sumamente escasa tratándose de un tipo de atención primitiva, parafraseando a Mario Testa (1993) distando de ser la puerta de entrada al sistema de de salud. Estaba conformado por 6 centros de salud dotados con escaso recurso humano financiados con aportes provinciales, municipales y de organizaciones de la sociedad civil, como por ejemplo la sede de alguna sociedad de fomento o club, a cambio del cobro de bonos “a voluntad”. A propósito cabe señalar que la gratuidad del sistema de atención municipal no era total ya que para conseguir un turno para la atención ambulatoria, o luego de una internación en el hospital, se debía abonar una contribución voluntaria para la cooperadora. Ésta a cambio tenía un rol activo en la obtención de insumos, mejoras edilicias y eventualmente el pago de honorarios profesionales. Esta situación, naturalizada por gran parte de los miembros del equipo de salud, será modificada definitivamente en diciembre del año 2000 con el cambio de autoridades que van a instalar la gratuidad en forma definitiva.

En Argentina los primeros casos de sida datan del inicio de la década de 1980 siendo asistidos en los hospitales de la ciudad de Bs. As. En esta etapa no existió respuesta gubernamental, el primer centro asistencial en hacerse cargo de la epidemia fue el Hospital Fernández de esa ciudad a través de la sección infectología (Cahn, 1992).

En el artículo “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/Sida en el Gran Bs. As” (Bianco, Pagani & Correa, 2001) se señala que hasta el año 2001 alrededor

del 40% de las PVVS asistidas en la CABA eran procedentes del conurbano, en parte para evitar ser identificados y discriminados y además porque los hospitales de esa ciudad estaban mejor equipados en recursos humanos y materiales que en el Gran Bs. As. Las primeras personas con el virus del sida que fueron asistidas en el HM llegaron en el principio de la década del noventa, según consta en sus respectivas historias clínicas. La mayoría de los casos requerían internación y posteriormente se realizaba el seguimiento en el consultorio de oncología, siguiendo la lógica de una enfermedad terminal. Cuando el sida irrumpe con los primeros casos lo que impacta y desestructura es el alto grado de mortalidad, interpelando un modelo de atención centrado en el saber médico. Del análisis de las historias sociales se observa el padecimiento de situaciones críticas como el abandono y la ausencia de redes familiares y sociales en los estadios más avanzados de la enfermedad, generados por el estigma, la discriminación, la ausencia de información que producía terror al contagio, eran vivencias casi cotidianas a las que se enfrentaban los pacientes.

En el año 1993 se crea el consultorio de infectología con el ingreso de un profesional de esa especialidad que convoca para la atención de la enfermedad la formación de un equipo interdisciplinario. Nace así un grupo destinado a la asistencia y prevención del VIH/Sida compuesto por un médico infectólogo, una médica clínica, una psicóloga y dos trabajadoras sociales. Habitualmente cuando un especialista interviene en un caso lo hace de manera vertical, el hecho de reconocer la necesidad de comunicarse con otros profesionales implica casi un cambio de paradigma. Como señala Souza Campos "la estructura tradicional de los servicios de salud refuerza el aislamiento reproduciendo la fragmentación de los procesos de trabajo, manteniendo sin cuestionar la hegemonía del poder médico" (Campos, 2002, p.9).

En el hospital existían muy pocos equipos interdisciplinarios que trabajaran articuladamente a pesar de la existencia de profesionales de diferentes disciplinas, lo habitual solía ser el pedido de interconsulta, en el que se solicita la intervención de un profesional de un área determinada. Podemos mencionar como antecedente de atención interdisciplinaria al consultorio de Planificación Familiar destinado a la orientación y atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, creado en el principio de la década del 80. Este espacio contaba con la participación de profesionales de distintas disciplinas entre los que se encontraban un médico, una psicóloga y una trabajadora social. Se proponía la metodología de taller para el abordaje de la anticoncepción, propiciando la participación de las mujeres y sus parejas, en una época en la que no estaba permitido ejercer estas prácticas en las instituciones públicas. Señalamos que en el año 1974 se prohíbe a través del decreto N° 659 toda acción directa o indirecta de planificación familiar en los hospitales

públicos y en la seguridad social, estableciendo la venta de anticonceptivos con receta triplicada, este decreto es ratificado por el gobierno militar en 1978 por el decreto 3938. Esta situación se mantuvo hasta 1986, año en el que se reconocen a los derechos reproductivos como derechos humanos (informe UNGASS, 2008).

Otro equipo interdisciplinario que funcionó en el HM fue el grupo destinado a la atención de adolescentes, integrado por médicos clínicos, ginecólogas, sicólogas, nutricionistas, trabajadoras sociales. Este grupo desarrollaba acciones destinadas a la prevención de situaciones problemáticas en la adolescencia a través de actividades extramurales y desplegaba modalidades de abordaje de taller, grupales y de entrevista conjunta dentro de la institución, desarrollando un modelo de atención no tradicional.

Cabe señalar que dos de las trabajadoras sociales que participaron de esos equipos, conformaron también el equipo para la atención del VIH y el actual CVyE. Uno de los grandes temas en la atención del VIH/Sida fue, es y será la devolución de un resultado positivo. Para tal fin se organizaron consultorios de entrevista conjunta atendidos por profesionales de distintas disciplinas, médico/a y trabajadora social o psicóloga. En el transcurso de la consulta no solamente se abordaban los temas médicos sino también los relacionados a los aspectos sociales y psicológicos que de acuerdo al grado de complejidad eran derivados para su atención específica.

El equipo asistía además periódicamente a una supervisión externa que conjuntamente con la capacitación continua fueron las condiciones innegociables para su funcionamiento. La supervisión consistía en un espacio de encuentro periódico quincenal que mantenían todos los integrantes del equipo con un siquiatra ajeno a la institución pero que se había desempeñado en ella y por ende conocía sus características. Durante las reuniones se abordaban las situaciones críticas producto de la asistencia. Al respecto expresa Carballeda "Proponer a la supervisión como un proceso de análisis de la intervención implica básicamente una actitud de escucha, de lectura de aquello que se presenta en diferentes situaciones de intervención" (2007, p. 103).

Se participaba además de un espacio de capacitación con el grupo interdisciplinario de trabajo en sida del Conurbano Bonaerense, que posteriormente integrará la filial Conurbano de Saisida consolidada en 1998. De esta forma se tejían redes y se articulaba intra e intersectorialmente. También se realizaban actividades extra muros dedicadas a la prevención, fundamentalmente con escuelas primarias y secundarias. Se trabajaba principalmente con las vías de transmisión y con el estigma y la discriminación.

En el año 1995 se realizó una investigación con el objetivo de conocer la opinión del personal del hospital acerca de lo que representaba la atención de los pacientes con VIH/Sida y los distintos aspectos que se desprendían de su atención (conocimiento de normas de bioseguridad y disponibilidad de elementos para su cumplimiento, cambios de conducta al respecto, conocimiento acerca de la existencia del equipo y necesidad de recibir información con respecto al VIH/Sida). Para tal fin se distribuyeron 130 formularios de encuesta autoadministradas entre todo el personal del hospital para que fueran respondidas en forma anónima y voluntaria, de las cuales tuvieron respuesta 94, es decir el 72%. Acerca de los resultados, el 97% tenía conocimiento de que se atendían PVVS en el hospital. El 94% acordaba que fueran atendidos en consultorios externos; el 70 % expresó su conformidad acerca de que fueran internados en el hospital y el 71% opinaba que debían estar internados en salas especiales. El 75% opinaba que se debía realizar serología para VIH a todos los pacientes internados. Con respecto a las normas de bioseguridad, el 86% refería poseer conocimiento sobre las mismas, el 70% mencionaba que el mismo influyó en la modificación de conductas y el 95% manifestaba que el hospital no contaba con los elementos necesarios para cumplir con estas normas. En respuesta a la pregunta de si la atención de PVVS les producía algún impacto emocional, el 78% respondió afirmativamente. Acerca de los sentimientos generados, entre el personal médico femenino fueron mencionados angustia, impotencia y compasión en ese orden; entre el personal médico masculino compasión, impotencia y temor. Entre profesionales de psicología, obstetricia y trabajo social, en su mayoría mujeres, fueron mencionados impotencia, temor y compasión. El personal técnico y de enfermería refirió impotencia, temor y angustia y el personal de mantenimiento compasión. En cuanto a si las PVVS presentan alguna conducta en particular, la mayoría responde afirmativamente y señalan a la agresividad en primer lugar, seguida de resentimiento, temor, depresión y miedo a la marginación. Con respecto a si conoce la existencia de un equipo interdisciplinario dedicado a la atención del VIH/Sida el 79% respondió afirmativamente. La implementación de esta investigación contribuyó en parte a visibilizar la problemática de la atención de las PVVS ya que al menos durante la misma se promovió la discusión del tema problematizándose cuestiones y debates que continúan hasta hoy como por ejemplo si se debe realizar el test a todos los pacientes internados (Núñez & Otero, 1995).

La profundización de las políticas neoliberales en la década del noventa genera el achicamiento del Estado con la consecuente restricción del acceso a los servicios públicos en materia de salud. Entre las medidas propuestas se encuentran la focalización, la descentralización y la privatización. El criterio de focalización supone el direccionamiento del

gasto social siguiendo criterios básicos de necesidad y urgencia. La descentralización entendida como transferencia de niveles centrales a periféricos como por ejemplo el pase del Estado nacional a las provincias y municipios de los servicios de atención de la salud. Si bien la estrategia de toma de decisiones en el nivel local posibilita un proceso de mayor eficiencia y transparencia produciendo servicios de mayor calidad, si esta medida no es acompañada de los recursos financieros necesarios la consecuencia impactará negativamente en la prestación de los mismos (Lo Vuolo, 1998). En octubre de 1995 coincidentemente con la política de reducción del gasto público, el ejecutivo municipal del partido de Morón dicta dos decretos municipales, el 1070 y el 1095. Estos decretos reducen horas de atención, los salarios del personal del hospital en un 50 % y suspenden jefaturas de servicio. Posteriormente, el 30 de diciembre del mismo año excusándose en la Ley Provincial 11.685 que establece la disponibilidad de agentes municipales, decreta el despido de 265 trabajadores del hospital municipal. Dicha decisión discrecional, tomada dentro de las políticas de ajuste de la década, dejaba al descubierto la atención de la mencionada institución, poniendo en riesgo la salud de la población del partido de Morón. La medida fue resistida por una acción conjunta de los trabajadores y la comunidad que durante 4 meses asumieron la conducción del hospital y provocaron un giro en la decisión política reintegrando a los trabajadores despedidos. Sin embargo, bajo el amparo del decreto de necesidad y urgencia algunos servicios sufrieron una importante disminución en la carga horaria (en el caso del servicio social en un 50% y en el caso del de odontología la pérdida de la condición de tal) hasta fines del año 1999, impactando seriamente en la constitución y actividad de los equipos, entre ellos el de VIH/Sida (Núñez, Otero & Quatrini, 2002). Se interrumpieron las reuniones del equipo y el espacio de supervisión, se suspendieron las actividades preventivas intra y extramurales, principalmente por la fuerte disminución en la carga horaria de las trabajadoras sociales, quedando la actividad interdisciplinaria reducida únicamente a lo asistencial. También disminuyó la participación en espacios externos de intercambio y capacitación.

Paralelamente la situación nacional en materia de salud era similar, el mencionado ajuste del gasto público afectó también en gran medida las actividades de prevención, así como la calidad de la atención. En estudio anteriormente citado se menciona el agravamiento de la cuestión social y su impacto en la evolución de la epidemia:

"La crisis económica y social afectó a las familias que en muchos casos se desestabilizaron por la pérdida de la vivienda, la separación de cónyuges y/o de sus hijos, el aumento del trabajo sexual principalmente de mujeres jóvenes, adolescentes y niñas y niños, la delincuencia y el consumo de alcohol y drogas asociado al trabajo sexual y al

delito. Todo esto tiene un impacto en la vulnerabilidad frente al VIH/Sida, especialmente en jóvenes y adolescentes de ambos sexos. Por otra parte el sistema de atención de la salud pública se ve afectado por la crisis y por lo tanto sus respuestas son inadecuadas e insuficientes agravando la vulnerabilidad frente al VIH/Sida. Las escasas actividades preventivas iniciadas a finales de los años 80 fueron interrumpidas en 1989. La decisión política del gobierno nacional de no promover el uso del preservativo ni las actividades preventivas sobre la transmisión sexual y por uso de drogas endovenosas se sostuvo en toda la década de los 90." (Bianco, Pagani, Re, 2003).

Ante el vacío del gobierno nacional y los gobiernos provinciales surgieron instituciones que tomaron protagonismo en la lucha y prevención del VIH/Sida, como las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las instituciones asistenciales privadas. Podemos señalar a las ONG como las principales ejecutoras de las respuestas más activas frente al Sida que logran ubicarlo como tema de la agenda pública, sacándolo de la esfera privada y despojándolo de la discriminación y exclusión. Siguiendo a Aizemberg (2002) una visión moderna sobre la participación comunitaria, reconoce a las personas como usuarias y a la vez como ciudadanos, ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la Calidad y oportunidades del servicio, así como el uso eficiente de los recursos. En Morón, el colectivo de las PVVS asistidas en el hospital acompañaba por aquellos tiempos el reclamo del resto de la comunidad por la recuperación del hospital, bajo el lema "por un hospital público, gratuito y para todos" según consta en los registros de asambleas hospitalarias.

En el año 1996, la aparición de la terapia antirretroviral (TARV) marca un giro en la evolución de la epidemia, produciéndose un drástico descenso en las tasas de mortalidad. El rol de las ONG en esa etapa estaba orientado a la lucha por el acceso universal a los tratamientos ante las dificultades por la falta de provisión de los medicamentos. En el HM el consultorio de infectología asistía a las PVVS trabajando en la adherencia a los tratamientos en forma interdisciplinaria con las restricciones ya mencionadas. El recurso humano resulta insuficiente para la atención de los pacientes, cuya complejidad se agudiza por el agravamiento de la cuestión social. Se coordina con el programa nacional para la obtención de la medicación y la realización de estudios de alta complejidad que el hospital no podía ofrecer. Posteriormente se instrumentaron acciones para facilitar el acceso al tratamiento, entre las que se incluyen la realización de la técnica confirmatoria Western Blot en el laboratorio de la institución y la extracción de sangre en el hospital y traslado de las muestras para el CD4 y la carga viral para que sean analizadas en el Hospital Posadas. Cabe señalar que todas las modificaciones implementadas en la atención del VIH/Sida en el municipio de Morón fueron producto de la iniciativa de los integrantes del consultorio de

infectología que en articulación con otros servicios del hospital, como el caso del laboratorio o con otros hospitales y/ organismos provinciales y/o nacionales gestionaron los recursos necesarios para mejorar la atención.

En el nuevo milenio llegó un cambio en la conducción política del Municipio de Morón que posibilitó la introducción de modificaciones importantes en las distintas áreas. El perfil de quienes tomaron a su cargo la conducción introdujo una propuesta de participación ciudadana en forma activa. En el campo de la salud se propició la participación de diferentes actores, cuyo involucramiento fue sufriendo modificaciones graduales.

Se creó el SUMS (Sistema Único Municipal de Salud) regulado por la Ordenanza N°4206/01. La propuesta es la integración del primer y segundo nivel de atención en el sistema de salud, dotando a ambos niveles del mismo protagonismo. Dicho propósito si bien cuenta con un marco legal puede decirse que aún hoy, diez años después no fue totalmente legitimado. Las posturas hegemónicas que alientan actitudes competitivas y rígidas al interior de ambos niveles dificultando la comunicación aún persisten y los equipos que logran constituirse y trabajar articuladamente en busca de una adecuada referencia y contrarreferencia son escasos. Sin embargo existen algunos ejemplos en los que se procura sostener un intercambio como el caso del servicio social que mantiene espacios de encuentro para la articulación de la prevención y asistencia, el equipo de obstétricas que se desempeña en el hospital y los CAPS y el servicio de laboratorio que también coordina entre ambos niveles.

Una de las características de este nuevo modelo de gestión fue el abordaje por programas. Se crea entre otros el programa de Salud Sexual y Reproductiva, que tendrá entre sus ocupaciones la problemática del VIH/Sida. Creemos que esta situación si bien facilita el abordaje integral por un lado, por otro al no contar con un programa o subprograma propio obstaculiza la atención global de la problemática por la complejidad de la misma. Además la creación de este programa no implicó en un principio el encuentro de todos los actores participantes en la problemática del VIH, entonces cada uno continuó trabajando en sus espacios sin conocimiento del otro lo que detentaba la ausencia de una planificación estratégica. Esta situación se mantuvo hasta el año 2009, cuando a partir de una convocatoria realizada en una capacitación llevada a cabo por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud, en la que cada uno de los actores que tuviera participación en la problemática VIH/Sida debían exponer sus experiencias.

En el año 2000 a nivel nacional también se produjeron modificaciones en el área salud. Se elabora el Plan Estratégico Nacional en VIH/Sida y ETS. A principios de la década,

una de las recomendaciones de los organismos internacionales fue la promoción del testeo a través de la creación de centros de acceso voluntario. Se creó el Fondo global para la lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis, que como su nombre indica se trata de un fondo constituido por los aportes económicos de distintos países para erradicar el sida, la malaria y la tuberculosis (TBC). Por la crisis económica y financiera que atravesaba en aquel momento, la Argentina fue uno de los países beneficiados con tales fondos.

En el año 2002 un proyecto presentado por el médico infectólogo del hospital para la instalación de centros de testeo para mujeres embarazadas y en edad fértil obtiene el financiamiento del Fondo Global designándose una partida presupuestaria para tal fin. Dicha experiencia se llevó a cabo en dos centros de atención primaria desde el año 2004 hasta el 2005, interrumpiéndose al finalizar el mencionado financiamiento. Su implementación tuvo como objetivo la promoción, prevención y detección precoz del VIH y ETS en la población mencionada. El equipo participante recibió capacitación específica. La metodología empleada consistió en espacios de asesoramiento pre y post test de VIH y ETS a través de entrevistas individuales mantenidas con el asesor, rol desempeñado por obstétricas, sicólogas, enfermera/os y trabajadoras sociales. La promoción de estos espacios era realizada por PVVS y vecinos de la comunidad. Luego de la entrevista de asesoramiento, las mujeres obtenían un turno para la extracción en el mismo centro de salud. Semanalmente se realizaba la extracción de las muestras en el lugar, siendo trasladadas para su procesamiento al laboratorio de uno de los CAP. Los resultados eran derivados al CAP de origen donde eran informados a las usuarias en una entrevista post test mantenida generalmente con el mismo asesor. En el caso de que resultaran positivos la nueva extracción se realizaba en el hospital, analizando la muestra el laboratorio del mismo. Ante la confirmación de la serología positiva el tratamiento era absorbido por el consultorio de infectología. Durante esa experiencia fueron asesoradas 660 mujeres en edad fértil de las cuales 506 se encontraban embarazadas, cabe señalar que de ese total, 3 mujeres presentaron serología VIH positiva, recibiendo tratamiento durante el embarazo. Esta modalidad posibilitó la detección temprana del VIH y las ETS, favoreciendo la accesibilidad a la prevención, diagnóstico y tratamiento para ellas y sus parejas. (Collado, 2004)

En el año 2005, el equipo dedicado a la atención del VIH/Sida realiza una investigación cuyo objetivo fue evaluar la calidad del control prenatal respecto de VIH y otras ETS en las mujeres que atienden su parto en el hospital de Morón. Para tal fin se entrevistaron en forma consecutiva a 107 mujeres que tuvieron su parto a partir del 1 de agosto de 2005. Se recolectó información respecto de edad, escolaridad, lugar de cuidado del embarazo, semana de inicio del control del mismo y de realización del test de VIH y

VDRL, asesoramiento e información recibida. Las conclusiones del presente estudio reflejaron que el 88,7% de las mujeres efectuaron al menos un test de VIH durante el embarazo. El 30% efectuó el control en etapas avanzadas (3° trimestre) representando una verdadera situación de riesgo. Una brecha de seis semanas existente entre el primer control de embarazo y la realización del primer test de VIH indicaba la presencia de barreras de acceso al mismo. La existencia de casi un 30% de mujeres que desconocían la realización del test de VIH es indicativa de fallas en el proceso de asesoramiento y consentimiento informado, La falta de información y asesoramiento respecto de la prevención de ETS representó una verdadera oportunidad perdida (Warley et al, 2005).

A partir de los resultados del mencionado estudio se instrumentaron una serie de modificaciones en los cuidados prenatales, entre los que destacamos la obtención inmediata de turnos para la realización de análisis a todas las embarazadas en el laboratorio del hospital y semanalmente en los CAPS, la implementación de la realización del test rápido para VIH a todas aquellas mujeres que no presenten resultados de serología al momento de la internación para el parto y la sugerencia de reforzar el asesoramiento previo a la solicitud del test de VIH acompañado con el respectivo consentimiento informado y la invitación para la realización del análisis también a la pareja.

Este estudio significó un antecedente importante para la creación del consultorio de Consejería VIH y ETS en el hospital, puesto que quedaban expuestas las dificultades del sistema para el acceso, aún para las embarazadas.

Otra investigación sobre diferencias relacionadas al género en VIH/Sida al momento del diagnóstico realizada sobre un total de 129 pacientes asistidos en el consultorio de infectología del HM entre los años 2000 al 2005 concluyó que el modo dominante de transmisión fue el sexual, habiéndose observado uso de drogas intravenosas en un tercio de los hombres. La mediana de edad fue de 29 años en las mujeres y 33 años en los hombres. El 49,2% de los hombres y 21,7% de las mujeres presentaban categoría clínica C, lo que representa un diagnóstico tardío. Se inició terapia antirretroviral al 74,2% de las mujeres y al 78% de los hombres. Al año de seguimiento continuaban en control el 76,4% de las mujeres y el 71,9% de los hombres. Estos datos permitían concluir que en esta población las mujeres accedían al cuidado clínico en etapas más tempranas de la enfermedad independientemente de si el diagnóstico se realizó como parte del control de un embarazo. Un elevado porcentaje de pacientes, especialmente los hombres concurrían en etapas tardías de la enfermedad lo cual reafirmaba la necesidad de ampliar la oferta de testeo en la población usuaria (Warley et al, 2005).

Posteriormente otro estudio realizado sobre la presencia de estadio clínico avanzado al inicio de la terapia antirretroviral (ECAITA) en un total de 264 pacientes asistidos en los hospitales Paroissien y HM en el período comprendido entre los años 2005 al 2009 concluyó que el 70% de los pacientes que presentaron ECAITA correspondió a diagnóstico tardío y el 30% a personas infectadas no retenidas en cuidado luego del diagnóstico de infección. Se podía constatar una mayor proporción de varones en la frecuencia de diagnóstico tardío de infección por VIH como en el desarrollo de eventos oportunistas. Elevados niveles de desempleo y pobreza caracterizan a la región y a los pacientes infectados por VIH asistidos. La conclusión fue promover el diagnóstico temprano de infección por VIH y el inicio de TARV como una de las prioridades para los programas de control del VIH/Sida así como la instrumentación de nuevas políticas que permitan incrementar la tasa de realización de estudios para el diagnóstico temprano así como para retener en cuidado clínico a las personas con diagnóstico de la misma, promoviendo además el acceso de los hombres al cuidado médico y al TARV. (Warley et al, 2011) Según el informe para el establecimiento de la línea de base en Argentina (PNUD/ Fondo Mundial/ Instituto Gino Germani) las personas pertenecientes a los sectores socioeconómicos más bajos, en especial los que no alcanzaron niveles de instrucción medios están más expuestos a la transmisión del virus y su grado de accesibilidad al sistema de salud es menor que en los sectores sociales medios y altos. (2004, p 151)

Estas investigaciones representaron el fundamento para la instalación del consultorio de Consejería VIH y ETS en el hospital de Morón. Los actores encargados de la organización del mencionado consultorio fueron los integrantes del equipo interdisciplinario destinado a la atención del VIH/Sida con la jefatura del área de consultorios externos, incorporándose el servicio de laboratorio.

Dicho consultorio estaría dirigido a la población en general exceptuándose a las embarazadas. El argumento por el cual no fueron incluidas se debió a que las mismas recibían el asesoramiento pre test dentro del control prenatal.

En setiembre del año 2006 el consultorio de CVyE comienza a funcionar en el hospital y meses después en algunos CAPS.

El consultorio de CVyE en el HM surge como espacio de orientación y asesoramiento para la prevención y diagnóstico del VIH y ETS en setiembre del año 2006. Para tales fines esta oferta está destinada a todas las personas mayores de 14 años que voluntariamente deseen realizarse el test expresando formalmente su consentimiento.

Lo que caracteriza el consultorio de consejería VIH y ETS no es precisamente “el consejo” sino el espacio que se instala generándose un diálogo sobre cuestiones vinculadas al cuidado de la salud. Si bien es una práctica con abordaje individual, el equipo que atiende coincide en que tiene un impacto social al promover conductas más saludables en la población.

En el caso del VIH/Sida resulta una estrategia fundamental en la lucha contra el estigma y la discriminación. Éstos resultan obstáculos importantes para la prevención y atención del VIH. La prevención en el marco de derechos humanos implica que todas las personas tengan derecho a la información y a elegir como prevenirse tanto en sus prácticas sexuales como en el caso del consumo de drogas y en este último sin que esto signifique incorporarlos a la mayoría no usuaria. Un informe de ONUSIDA del año 2002 sobre el impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias expresa que el cambio de comportamiento sexual resultante del asesoramiento está influido por muchos factores y es más fácil si ambos miembros de la pareja pueden recibir el asesoramiento y realizarse las pruebas juntos.

4.3 ¿Cómo se expresan los lineamientos en las prácticas?

Para describir el funcionamiento actual del consultorio vamos a seguir las pautas sugeridas en el Instrumento para el monitoreo de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH del Ministerio de Salud de la Nación, dado que estos lineamientos han sido señalados en este estudio como relevantes para el análisis de los centros mencionados. Se trata de una serie de dimensiones a tener en cuenta sobre la estructura, los procesos de trabajo y los resultados que producen los centros que realizan diagnóstico con asesoramiento.

Accesibilidad

El consultorio está ubicado dentro del edificio del hospital, en el área de consultorios externos de pediatría. Al respecto cabe aclarar que debido a que el hospital está siendo remodelado, los consultorios externos de adultos fueron trasladados provisoriamente a otra sede, distante a unas siete cuadras. Si bien el consultorio de Consejería VIH y ETS está destinado a la población adulta, la decisión de que permanezca en el hospital fue para facilitar el acceso al testeo ya que el laboratorio donde se realizan y procesan las muestras de sangre continúa funcionando en esa sede. En el espacio físico del consultorio atiende también otra especialidad en otros horarios, o sea que dicho espacio no es exclusivo de la

consejería. Posee un área para de sala de espera que en el horario de atención de la consejería es de uso casi exclusivo de los usuarios del consultorio.

La oferta de atención tiene una frecuencia de tres días a la semana: martes, jueves y viernes, en el horario de 11 a 13 hs., recientemente se está incorporando a la misma un viernes al mes en el horario de 19 a 21 hs.

Se accede sin turno previo, por demanda espontánea.

Este servicio está destinado a la población general sin límite de edad. En el caso de los adolescentes menores de 18 años, se tiene en cuenta la capacidad de discernimiento, brindándose la información necesaria para que accedan a la realización del test de forma voluntaria, ejerciendo su autonomía (ver marco legal del CVyE).

La entrevista pre test se ofrece como espacio para propiciar la reflexión acerca de la decisión de realizarse el análisis de VIH. Se abordan temas relacionados a las posibles situaciones de exposición al virus, dando lugar a que aparezcan e identifiquen en la historia personal aquellas circunstancias de vulnerabilidad. Se brinda información sobre los procedimientos técnicos y el período de ventana. Se señala el carácter voluntario y confidencial del testeo y se evalúa conjuntamente con la persona la realización o no del test, proporcionándose información sobre el consentimiento informado. También se intenta evaluar la existencia de redes de sostén y la necesidad de apoyo emocional. Durante la entrevista se completa una encuesta diseñada para uso exclusivo del consultorio CVyE (ANEXO C).

La realización del test de VIH es gratuita, el único requisito es la firma del consentimiento informado, uno para el consultorio (ANEXO D) y otro para el laboratorio (ANEXO E), ambos se firman en el momento de la entrevista. Se solicita información sobre el nombre y apellido, número de documento (en el caso de aquellas personas que nunca tuvieron documento no es excluyente), domicilio y teléfono de contacto. Esta información la solicita el laboratorio para la apertura de la historia clínica, realizándose la extracción por personal del mismo. Cabe señalar que hasta mayo del año 2010 la persona debía concurrir al día siguiente para realizarse la extracción pero a partir de esa fecha la articulación entre los distintos miembros del equipo permitió reducir un paso y realizar el testeo el mismo día de la entrevista.

Una semana después de realizado el análisis se accede a la devolución del resultado en la entrevista post test. Allí se analizan las diferentes situaciones que surjan en base al mismo y la necesidad de la realización de un nuevo análisis ante un posible período

de ventana. Se evalúa nuevamente la necesidad de apoyo emocional. En el caso de un resultado positivo se explican sus alcances procediéndose a una nueva extracción, cuyo resultado será informado si fuera positivo por el profesional que realizó la consejería y un médico.

A continuación se detallan las instancias para la realización del análisis del VIH por consejería:

Acceso por demanda espontánea los días martes, jueves y viernes de 11 a 13 hs.

Entrevista pretest en consejería.

Extracción para VIH y VDRL el mismo día.

Devolución del resultado en entrevista post test una semana después, preferentemente con el mismo profesional que realizó la entrevista pretest.

Ante Resultado negativo se sugiere repetir en 3 meses ante posible período de ventana.

Ante Resultado Positivo se toma segunda muestra para nuevo test Elisa y ante nueva positividad se confirma con WB.

Se cita para devolución de resultado.

Metodología diagnóstica empleada

El laboratorio del hospital utiliza el método MEIA 4° generación.

Disponibilidad de elementos para el diagnóstico

La extracción se realiza en un box individual en el laboratorio que posee una camilla y silla para el procedimiento de la extracción.

El personal cuenta con disponibilidad de guantes, lazo, jeringas y agujas descartables, algodón, cinta adhesiva, al igual que los tubos necesarios y descartadores de aguja y tacho de basura para material contaminado.

Se cuenta con heladera para conservar las muestras.

Lugares de referencia y contrarreferencia

Los usuarios del consultorio que tengan confirmada su serología VIH positiva son referenciados al consultorio de infectología del hospital, salvo que prefieran atenderse en otra institución o que por ser beneficiarios de alguna obra social o prepaga lo hagan a través de esa cobertura. Por la escasez de recurso humano destinado a la atención de infectología en el HM, las personas con nuevos diagnósticos, con excepción de las embarazadas, son derivadas a otros hospitales para su atención.

Al respecto se mantienen encuentros entre los equipos de los consultorios de infectología, CVyE, y TV con jefes de servicio, directores del HM y coordinador del programa de SSyR a fin de brindar respuesta a esta situación.

En el caso de un resultado VDRL positivo, el laboratorio realiza la prueba correspondiente para su confirmación y se referencia al consultorio de dermatología del hospital para su tratamiento.

Los análisis diagnósticos se realizan en el laboratorio del mismo hospital, en el que se realizan las extracciones.

En el caso de que surjan situaciones planteadas por los usuarios que impliquen determinados padecimientos que requieran intervenciones específicas, como por ejemplo violencia de género, adicciones u otras enfermedades o problemáticas, son orientados a los distintos espacios ya sea dentro del sector salud o extrasectorialmente.

Composición del equipo

En la gestión de la consejería participan distintos profesionales que involucran a diferentes servicios del hospital que fueron capacitados para tal fin. Las entrevistas pre y post test son realizadas indistintamente por una psicóloga y tres trabajadoras sociales, la extracción la realiza un técnico y el proceso de interpretación de la muestra un bioquímico. Participan además personal administrativo del servicio de laboratorio.

Cuando se trata de informar un resultado confirmado de serología positiva para VIH, la devolución del mismo la realiza un médico acompañado por el profesional que mantuvo la entrevista.

Trabajar interdisciplinariamente significa que un profesional de la disciplina de la psicología o del trabajo social traspase las fronteras disciplinares e intercambie opiniones con los profesionales de laboratorio y viceversa. Un ejemplo de ello es la estrategia de la extracción el mismo día de la entrevista para simplificar el acceso al testeo. Esta intervención que representa vencer una barrera en la accesibilidad surgió de la profesional

del servicio de laboratorio luego de compartir con los consejeros las ansiedades y temores planteadas por los usuarios.

Sistema de registros

Las consultas se registran en un libro de registro de consultas. Para la entrevista pre y post test se utiliza un formulario que fue diseñado por integrantes del equipo (ANEXO B). Los formularios son archivados y la información obtenida es transcrita a una planilla de registro para el procesamiento de los datos. Esta actividad es desarrollada por los integrantes del equipo generalmente fuera del horario de trabajo. Estos datos son utilizados para elaborar el perfil de la población consultante, estimar el impacto del consultorio y pensar nuevas estrategias.

Disponibilidad de herramientas preventivas

En la actualidad se cuenta con amplia disponibilidad de preservativos masculinos, por ese motivo en el consultorio son ofrecidos libremente a todos los usuarios. La provisión de los mismos es realizada por la DSyE en articulación con el programa de salud sexual del municipio. Además existen en el hospital cantidad de dispensers para preservativos.

Se dispone de folletería y material de soporte para las entrevistas que también es provisto por la DSyE.

Espacios de encuentro

En el año 2009 la DSyE del MSAL de la Nación convocó a una capacitación a los distintos actores que tuvieran participación en la problemática del VIH/Sida. En esa circunstancia entran en comunicación el coordinador del programa de SSyR y el equipo de consejería. Con la finalidad de articular cuestiones comunes al asesoramiento y testeo en el ámbito local, surge la Mesa de Gestión como dispositivo para la gestión estratégica de la prevención del VIH/Sida. En estos encuentros de carácter informal, participan representantes del consultorio de CVyE, las coordinaciones de atención primaria de la salud y del programa de salud sexual, representantes del servicio de laboratorio del hospital y los CAPS.

Marco legal del CVyE

El consultorio cuenta con una ordenanza municipal (Ver Anexo B) creada en 2008 y sancionada en el año 2010. En el diseño y creación de esta ordenanza participaron diferentes actores: concejales, funcionarios y trabajadores de la salud de los CAPS y del

hospital. Se comenzó a trabajar para la construcción de un marco legal a partir de algunas controversias que fueron surgiendo en las prácticas. Estas cuestiones se refieren a la firma de la orden del test por profesionales no médicos, la realización del test a adolescentes menores de 18 años y acerca de qué actitud adoptar ante un resultado positivo no retirado. En el caso particular de los niños, niñas y adolescentes, un conjunto de leyes nacionales garantizan el acceso a la realización de las pruebas diagnósticas para VIH y sífilis (entre otras). La Convención Internacional de los Derechos del Niño y el Adolescente de jerarquía constitucional, obliga a los estados a garantizar el acceso de éstos al sistema de salud, tengan o no, el consentimiento de los padres, priorizando el interés superior del niño. La sanción en el año 2008 de la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva asegura y garantiza la salud sexual y reproductiva a todas las personas en el territorio nacional a partir de los catorce años de edad. La ciudad de Bs As ha legislado explícitamente acerca del acceso de los adolescentes al test de VIH. En esa legislación se indica que debe suponerse que una persona por el sólo hecho de acercarse a un servicio de salud a solicitar información, diagnóstico, métodos anticonceptivos, preservativos, los necesita y tiene capacidad para pedir aquello que requiere (Ley Básica de Salud, art.4 inc. H)

En cuanto a la firma de la orden del test por profesionales no médicos, la ordenanza solamente menciona en su artículo 4º a quienes podrán participar del servicio de consejería, sin especificar cuáles son las prácticas y actividades que se desarrollan en ese servicio.

4.4 Perfil socio epidemiológico de los usuarios

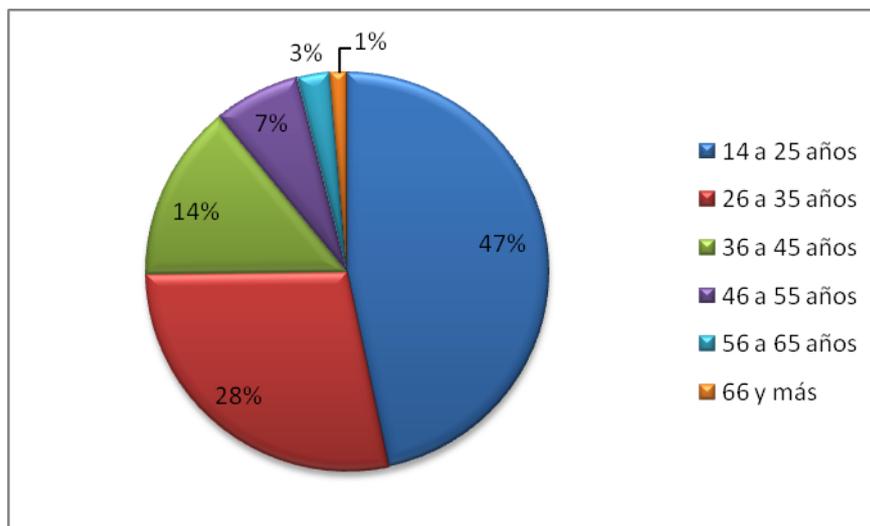
En el período comprendido entre setiembre 2006 y setiembre 2011, sobre el total de 1024 formularios de entrevista (ver ANEXO B) confeccionados en las respectivas consultas, se analizaron las variables: edad, sexo, identidad de género, lugar de residencia, nivel de instrucción, ocupación, relación de pareja, edad de inicio de relaciones sexuales, característica de la primera relación sexual (voluntaria o bajo presión), uso de preservativo en la primera relación, uso de preservativo siempre y situación de exposición al virus.

La mediana de edad de la población usuaria es de 26 años, con un amplio rango entre 15 y 73 años.

El modo de edad de consulta es de 19 años. La franja etárea que concentra el mayor número de consultas es la comprendida entre los 14 y 25 años con un total de 478 representando el 47%, en segundo lugar la de 26 a 35 años con 288 consultas lo que representa el 28% , en tercer lugar la de 36 a 45 años con 146 consultas y un peso relativo

de 14%, de 46 a 55 años, 71 consultas (7%); de 56 a 65 años 27 consultas (3%)y de 66 a 73 años 14 consultas (1%).

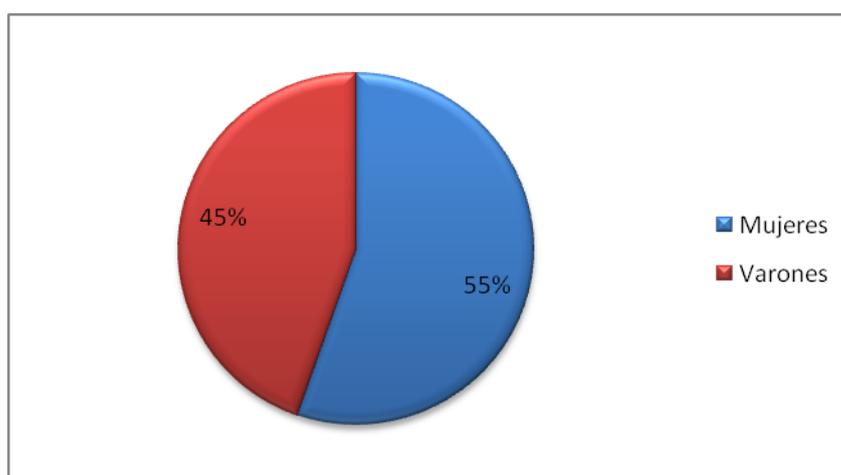
Gráfico 4. Distribución por grupos de edad de consultas al CVyE, Morón, Argentina, 2006-2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE-Morón, Argentina, 2006/2011

De la mencionada población, 567 son mujeres y 457 varones, lo que representa el 55,4% y el 44,6% respectivamente.

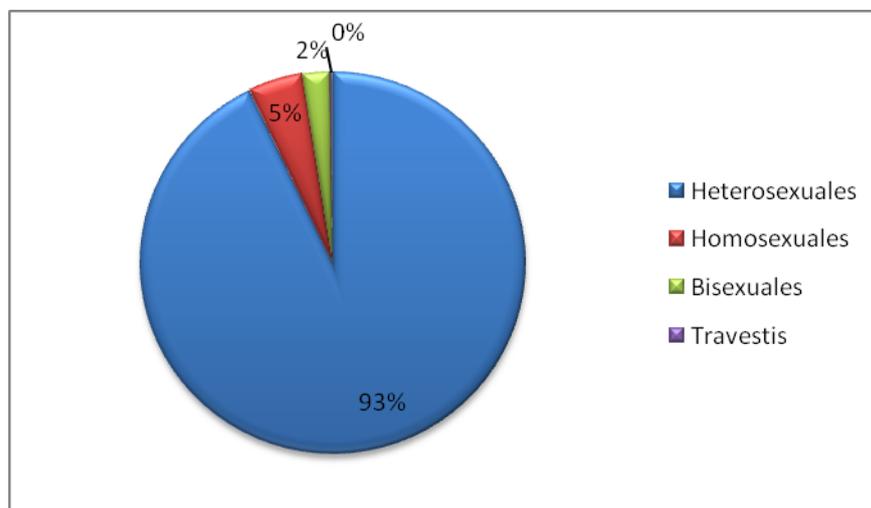
Gráfico 5. Distribución por sexo de las consultas al CVyE, Morón, Argentina 2006-2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

Acerca de la identidad sexual 951 (93%) se definen heterosexuales, 47 (5%) homosexuales, 24 (2%) bisexuales y 2 travestis (0,2%).

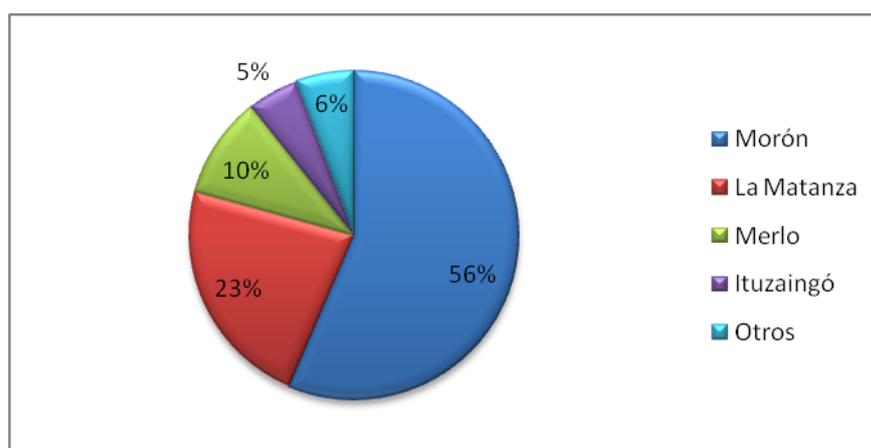
Gráfico 6. Distribución según identidad sexual, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

En cuanto al lugar de residencia 578 (56,30%) residen en Morón, 234 (22,60%) en La Matanza, 103 (10,10%) en Merlo, 51 (5%) en Itzaingó y 58 (6%) en otros partidos que incluyen Hurlingham, Moreno y otros.

Gráfico 7. Distribución según lugar de residencia CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

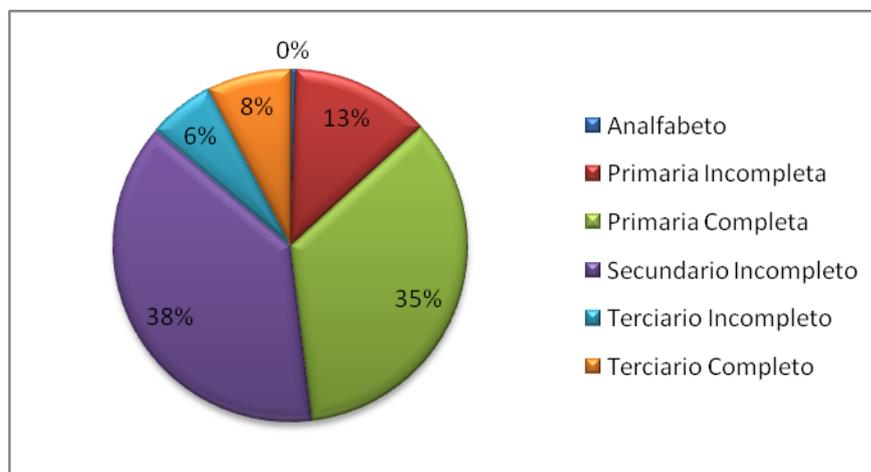


Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

En cuanto al nivel de instrucción 3 son analfabetos (0,3%), 78 tienen primaria incompleta (7%), 214 poseen primaria completa (21%), 235 refieren secundaria incompleta

(22,90%), 321 secundaria completa (31,30%), 37 terciaria incompleta (3,60 %), 47 terciaria completa (4,60%), 62 universitaria incompleta (6,10%) y 27 universitaria completa (2,60%).

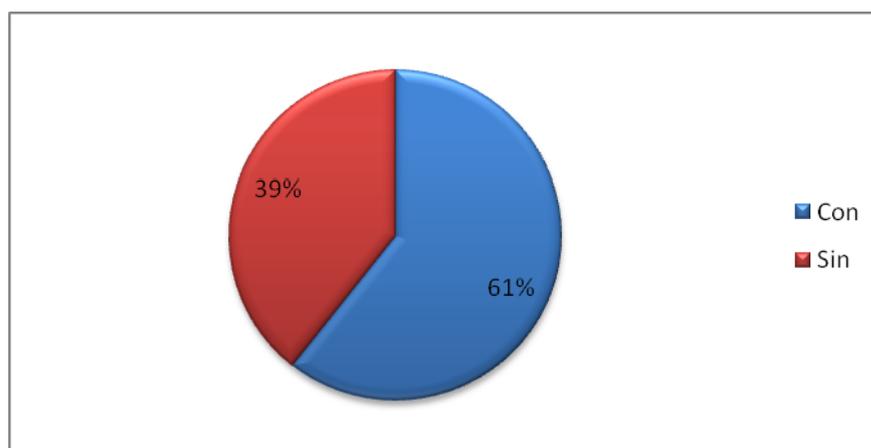
Gráfico 8. Distribución según Nivel de Instrucción, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas de CVyE, Morón, Argentina

Respecto de la ocupación 621 (60,6%) poseen ocupación y 403 (39,4%) se encuentran sin la misma. Se tuvo en cuenta el hecho de que al momento de la entrevista desarrollaran algún tipo de actividad sin diferenciar si se tratara de empleo estable o no.

Gráfico 9. Distribución según Ocupación, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

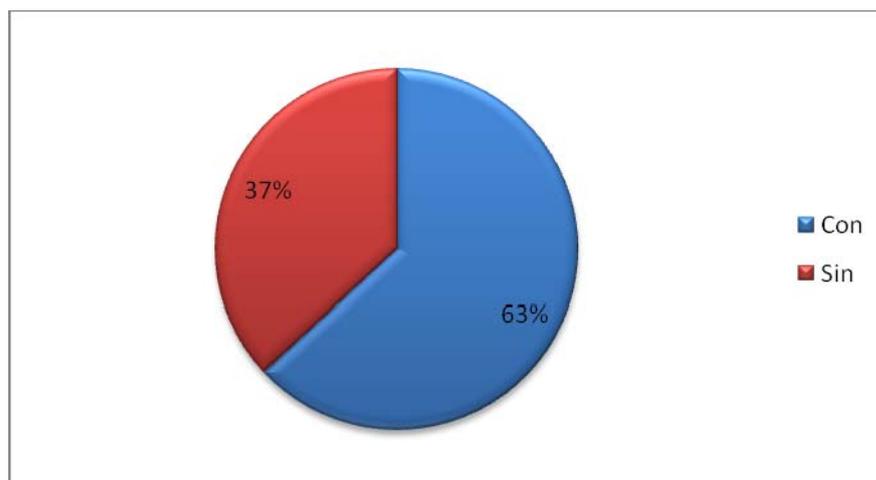


Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consulta de CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

Acerca de la relación de pareja 646 (63,1%) manifestaron tener relación de pareja estable y 378 (36,9%) no contar con la misma.

Gráfico 10. Distribución según Relación de Pareja, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

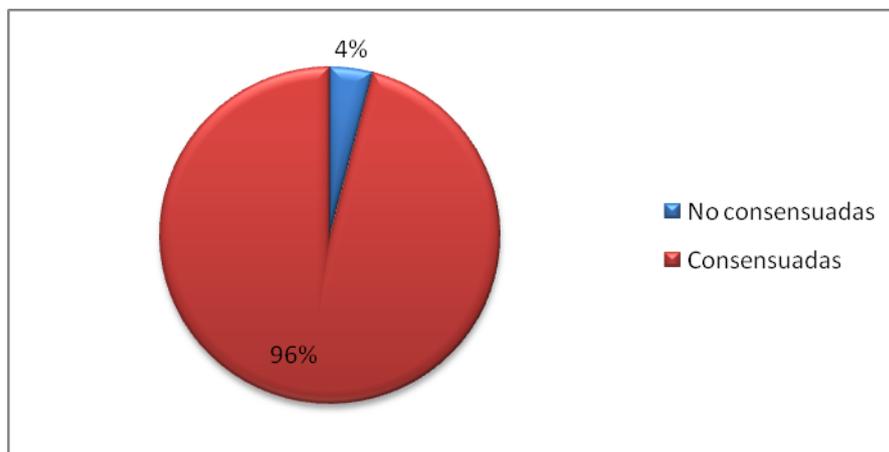
La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consulta de CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

La media de edad de inicio de relaciones sexuales fue de 15 años, con un rango de edad de entre 7 y 29 años. Acerca de si fueron consentuadas, 969 (96%) lo fueron y 41 (4%) refirieron haber sido bajo presión.

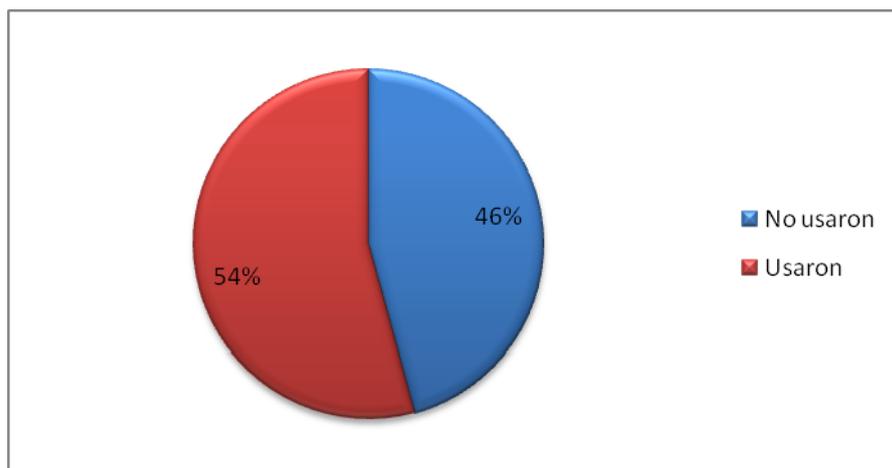
Gráfico 11. Distribución según Inicio de Relación Sexual, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

En cuanto al uso de preservativo en la primera relación, usaron 548 (54%) y no usaron 462 (46%)

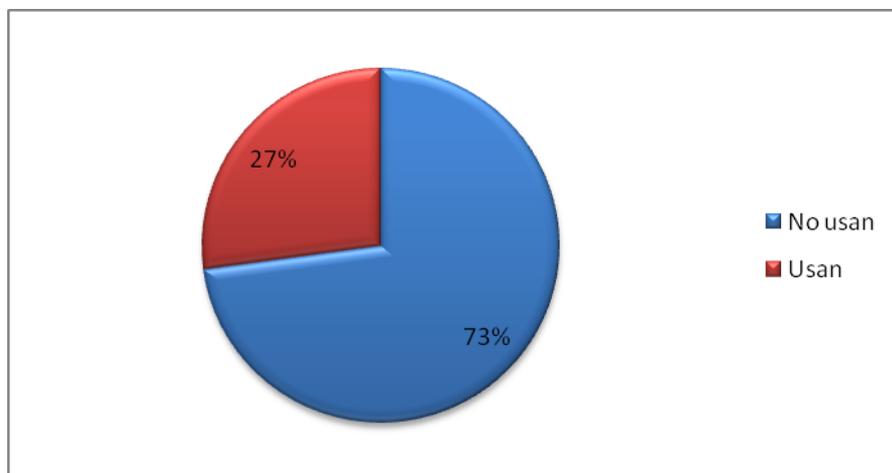
Gráfico 12. Distribución según uso de preservativo en la primera relación, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

Refirieron uso de preservativo siempre 274 (27%) y no uso 736 (73%).

Gráfico 13. Distribución según uso de preservativo siempre, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

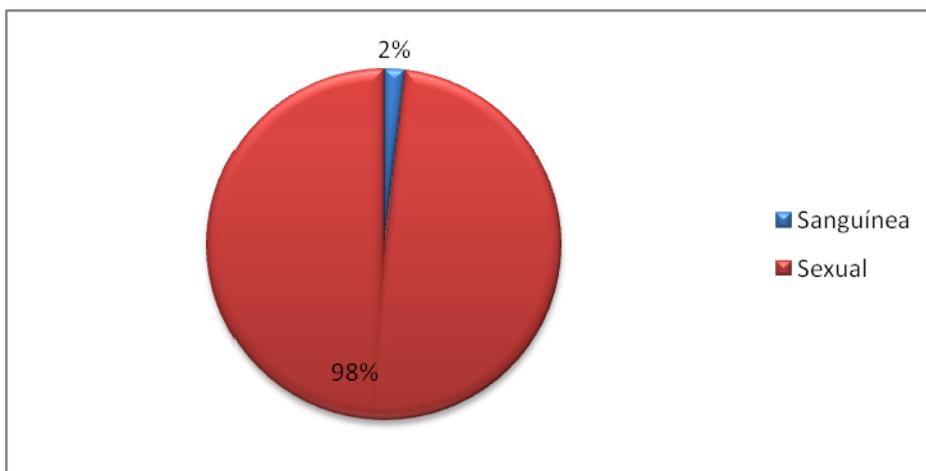


Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas de CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

En relación a la situación de exposición al virus, 1005 (98,10%) refirieron sexual y 19 (1,90%) sanguínea.

Gráfico 14. Distribución según tipo de exposición, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

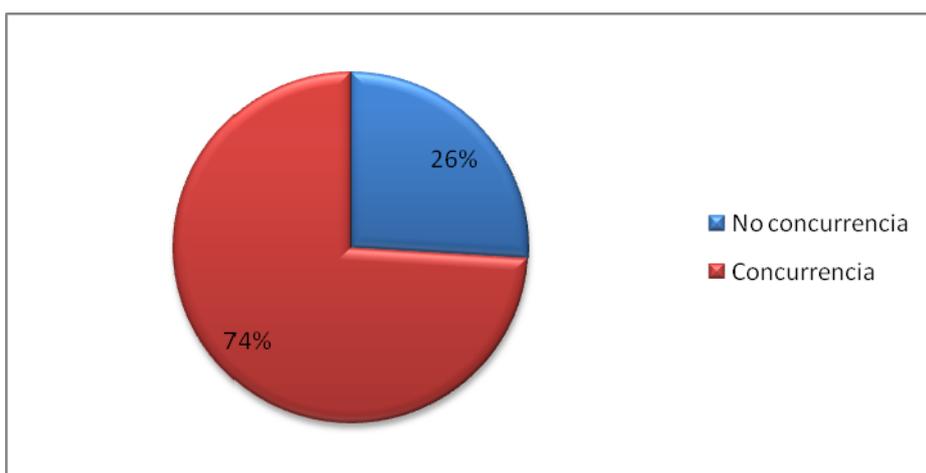
La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

En cuanto a la concurrencia al testeo, la muestra se dividió en dos etapas, una desde el inicio en setiembre 2006 hasta mayo 2010 cuando se debía concurrir al día siguiente para la realización del análisis, en ese período concurrieron el 74% a la extracción y en el período comprendido entre junio 2010 y setiembre 2011 lo hicieron el 98,3%.

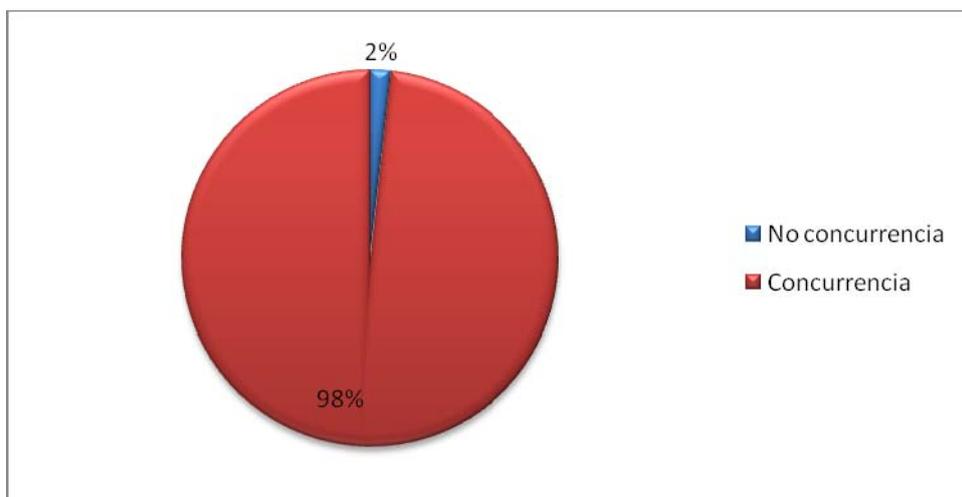
Gráfico 15. Distribución según concurrencia al testeo septiembre 2006 – mayo 2010, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

Gráfico 16. Distribución según concurrencia al testeo junio 2010 - septiembre 2011, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

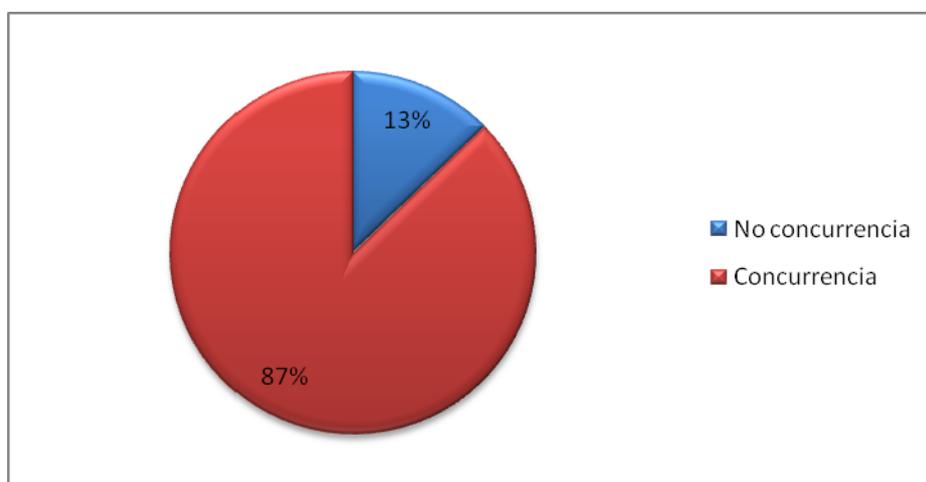
La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

A la devolución de resultado en el período setiembre 2006 a mayo 2010 concurrieron 658 (87,30%) y en el período junio 2010 a setiembre 2011 lo hicieron 264 lo que representa el 90,40%.

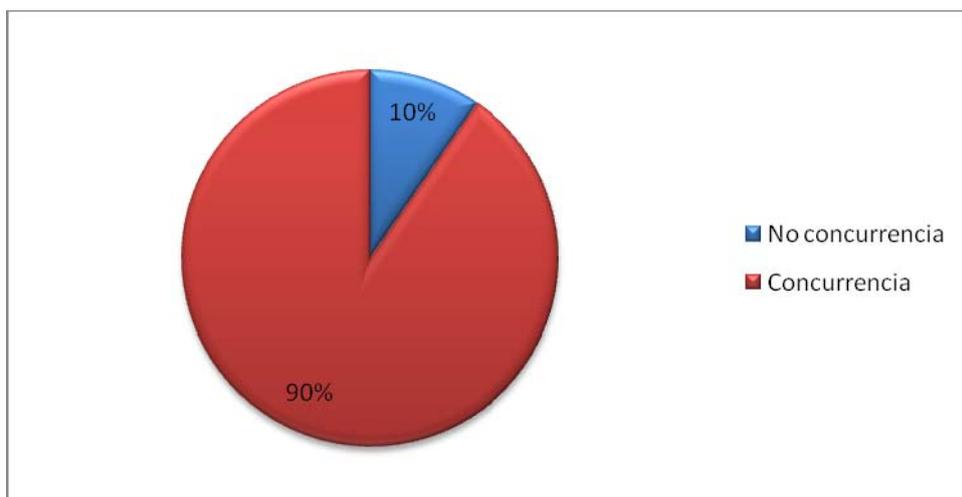
Gráfico 17. Distribución según concurrencia a la devolución de resultados septiembre 2006 – mayo 2010, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registros de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

Gráfico 18. Distribución según concurrencia a la devolución de resultados junio 2010- setiembre 2011, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

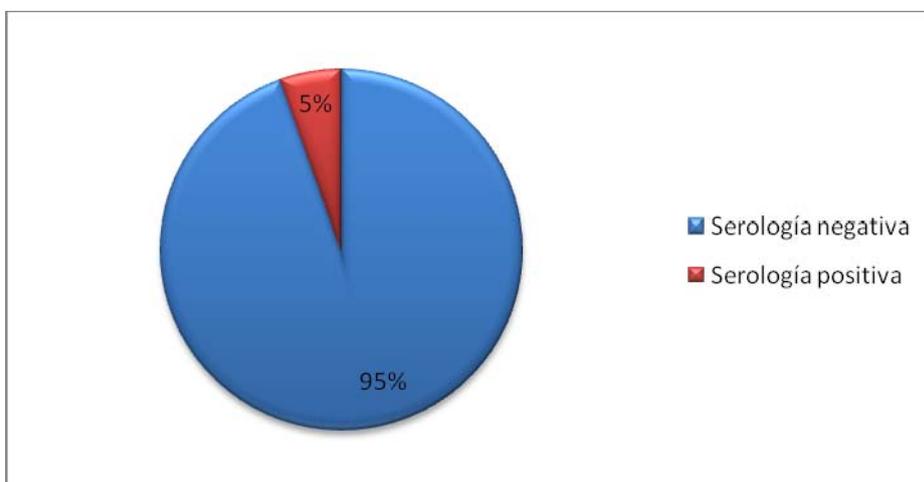
La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.



Fuente: Elaboración propia según datos del registro de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

En cuanto a la devolución de resultados, 713 con serología negativa y 41 con serología positiva, lo que nos muestra una prevalencia del 5,50%.

Gráfico 19. Distribución según resultados del testeo, CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011



Fuente: Elaboración propia según datos de registro de consultas del CVyE, Morón, Argentina, 2006/2011

Análisis de resultados

Consideramos que resulta significativo el 44,6 % de varones que consultan, dado que con frecuencia son las mujeres las que suelen acercarse a las instituciones de salud, relacionándose esta situación, tal como lo refiere Menendez (1992), al hecho de que éstas tienen a cargo el cuidado de la salud del grupo familiar.

El amplio rango de edad de los usuarios demuestra que la propuesta convoca tanto a adolescentes como a adultos. Según el informe UNGASS la distribución por edad de los casos de sida presenta evidencias significativas de que los adolescentes constituyen un grupo de alta vulnerabilidad. La mayor cantidad de casos se registra en personas de edad económicamente activa de ambos sexos entre los 25 y 34 años de edad. La manifestación de la enfermedad durante la juventud y adultez expresa la posibilidad de que la transmisión de la enfermedad se haya producido durante la adolescencia. En esta muestra observamos que el mayor peso relativo se encuentra en la franja etarea entre 15 y 35 años, con un 47% en el grupo comprendido entre los 14 y 25 años y un 28% en el de 26 a 35 años, resultando un dato alentador para el objetivo propuesto al crearse el CVyE acerca de reducir la transmisión del VIH/Sida y ETS.

El hecho que el 46% de la población usuaria señale no haber utilizado preservativo en la primera relación sexual, sumado al 73% que refiere no usar preservativo siempre demuestra la exposición sexual al virus del VIH/Sida..

El incremento de un 24 % de personas que se realizan el test luego de que se haya establecido la realización del mismo inmediatamente posterior a la entrevista de asesoramiento a partir de junio del 2010 expresa que esta intervención permitió vencer el obstáculo a la accesibilidad que representaba a las personas el tener que concurrir en otro momento para la realización del análisis.

Perfil de la población con serología positiva.

Del total de 1024 consultas realizadas, 41 resultaron con serología positiva, de las cuales 37 fueron confirmadas a través de Western Blott, las 4 sin confirmar pertenecen a personas que no concurren para la obtención de la segunda muestra. Cabe señalar que tres de estas personas mencionaron en la entrevista pretest haberse realizado el análisis anteriormente con resultado positivo que no tenían en su poder.

La mediana de edad es de 32 años con un rango entre 18 y 54 años. En cuanto al sexo biológico, 14 son mujeres y 27 varones, lo que representa el 38 y 62% respectivamente. Acerca de la identidad sexual 29 se definen como heterosexuales, 7 como homosexuales, 4 como bisexuales y 1 transexual. Con respecto al nivel de instrucción el 30% posee secundario incompleto, el 22% primaria completa y el mismo porcentaje secundaria completa. Refieren tener ocupación el 68%. En cuanto a la relación de pareja, mencionan relación estable el 68%. En relación a los antecedentes de exposición al virus 38 refieren haber mantenido relaciones sexuales sin protección, 17 tener o haber tenido una pareja con VIH y 1 de ellos refiere uso de drogas inyectables.

Del total 11 mencionan uso de cocaína y marihuana.

Concurren a la devolución del resultado 37 personas. De las cuatro que no lo hicieron, tres mencionaron antecedente de elisa positivo.

Análisis de resultados de la población con serología positiva

Observamos que el 62% de las personas con serología positiva son de sexo biológico masculino. Resulta relevante señalar que el 44 % de esos hombres tiene otra identidad sexual: 7 se reconocen homosexuales, 4 bisexuales y 1 travesti.

El amplio rango de edades (entre 18 y 54 años) nos indica que en esta muestra la epidemia no se encuentra concentrada en una determinada franja etarea. .

El alto porcentaje de antecedentes de relaciones sexuales sin protección confirma una vez más la sexual como principal vía de transmisión.

4.5 Análisis FODA

FORTALEZAS

Equipo de trabajo interdisciplinario comprometido y capacitado en la problemática.

Adecuada capacidad del laboratorio para diagnóstico serológico.

Acceso al testeo de VIH y ETS a demanda el día de la entrevista pretest.

Gratuidad en la atención.

Adecuada disponibilidad de preservativos masculinos.

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

Elevado porcentaje de retiro de resultados (90%).

Elevado porcentaje de asistencia de adolescentes y adultos jóvenes.

OPORTUNIDADES

Incorporación del asesoramiento y testeo en horario vespertino una vez al mes.

Conformación de espacio de Mesa de Gestión en vías de consolidación con la participación de los distintos actores de los CAPS y hospital involucrados en la problemática del VIH/Sida.

Incipiente creación de espacio para la promoción de solicitud del testeo en consultorios externos.

DEBILIDADES

Escasa visibilidad del CVyE por los demás servicios del hospital.

Ausencia de participación de PVVS.

Limitada oferta horaria para la atención.

AMENAZAS

Escaso recurso humano para enfrentar el aumento de la demanda.

Recurso humano insuficiente para la referencia al consultorio de infectología.

Ausencia de espacios de supervisión para los equipos.

5. COMENTARIOS FINALES Y PROPUESTAS

En función de los objetivos propuestos decimos que la descripción del contexto y antecedentes de la instalación del CVyE dan cuenta de cómo se inició la atención del VIH/Sida en el Municipio de Morón haciendo referencia además a la atención de la SSyR y la adolescencia por tratarse de experiencias similares en la modalidad de atención y en los objetivos de prevención. En este análisis queda demostrado el impacto del ajuste en el sector salud durante la década del 90 con el retroceso que implicó en el desarrollo de la atención de la SSyR y de estrategias de prevención de la epidemia de VIH/Sida.

En relación a la descripción y análisis de las acciones desarrolladas para la instalación del CVyE reiteramos que no fueron producto de una planificación estratégica dado que en la misma no participaron funcionarios ni PVVS. No obstante, el aval para su funcionamiento se obtuvo en respuesta a los resultados de distintas investigaciones realizadas por los trabajadores donde se visibiliza la necesidad de incorporar estas prácticas para disminuir el diagnóstico tardío que representa un problema de salud pública. Visto de esta forma podemos decir que la pertinente utilización de la información obtenida posibilitó la instalación del CVyE. Se observa la autonomía de los trabajadores de salud en la gestación de proyectos y su empoderamiento a partir del conocimiento de la realidad.

Si tomamos en cuenta los criterios de accesibilidad para evaluar al CVyE podemos decir que no se observan barreras geográficas ya que la ubicación no representa un obstáculo para los usuarios ni barreras económicas dado que el servicio se ofrece en forma gratuita. La disponibilidad horaria acotada representa una barrera administrativa que se intenta reparar con la incorporación de la atención en horario vespertino una vez al mes. Se señala la implementación del testeo el mismo día de la entrevista pretest como una intervención facilitadora tendiente a reducir un paso en la accesibilidad.

Acerca de la disponibilidad, el CVyE cuenta con recurso humano y material para responder a la demanda del mismo, sin embargo representa un importante obstáculo la escasez de este en el consultorio de infectología lo que remite al tema de la planificación estratégica y de la ausencia de un abordaje de la problemática del VIH/Sida que integre prevención y asistencia.

Consideramos que la oferta universal del servicio, que no presenta restricciones y el respeto por la confidencialidad y la voluntariedad son indicadores de aceptabilidad. La idoneidad del equipo y el interés en la búsqueda de alternativas para facilitar el acceso da cuenta de la calidad de la atención.

En cuanto a la utilización del instrumento para monitoreo de los Cepat, la concurrencia al testeo y devolución de resultados resultan indicadores de la calidad de la gestión, dado que indican barreras al acceso. Especialmente resaltamos la concurrencia a la devolución de resultados, que en la muestra analizada asciende al 90%, ya que esta instancia permite que se concrete el proceso de diagnóstico iniciado con la solicitud del test. Al respecto señalamos la intervención realizada por el equipo del CVyE para reducir un paso en el acceso al testeo, posibilitando que la extracción se realice el mismo día de la entrevista, como ya fuera mencionado anteriormente.

Se destaca la adopción del abordaje interdisciplinario en el consultorio de CVyE. Al respecto, podemos decir que participar de esta modalidad de parte de los distintos trabajadores, implicó involucrarse, romper con estereotipos provenientes de los respectivos núcleos disciplinares y aceptar que todos los que intervienen en el proceso de trabajo son insustituibles, comprendiendo que prescindir de uno de los eslabones de la cadena puede conducir al fracaso de la gestión. Cabe señalar que la ausencia de articulación con PVVS y ONG, representa una debilidad que, inferimos, impacta negativamente en la visibilidad y aprovechamiento del servicio. Resulta necesario ampliar y rediseñar las estrategias de comunicación y participación. Al respecto señalamos que la creación de una mesa de gestión (utilizada en algunas oportunidades) resulta un instrumento adecuado para la creación de estrategias en la que participen no solamente los representantes de los distintos niveles y jerarquías del sector salud sino también las PVVS y otros sectores que tengan relación con la problemática.

Según la descripción epidemiológica de los usuarios, observamos que de acuerdo a la distribución por edades, el grupo comprendido entre los 14 y 25 años es el que más concurre al servicio. Este dato revela que los adolescentes y jóvenes, identifican al CVyE como espacio accesible para la prevención y el diagnóstico de VIH/Sida y otras ETS, lo que resulta sumamente alentador dado que estos grupos no tiene por hábito consultar a los establecimientos de salud en forma voluntaria (Instituto Gino Germani, 2007). En cuanto al análisis de la distribución de las consultas según sexo biológico, el hecho de que la población masculina concorra al CVyE en un importante porcentaje (44%) nos habla de la importancia de este consultorio como facilitador de las condiciones de acceso al testeo,

especialmente si tenemos en cuenta los datos mencionados en el presente trabajo sobre el impacto del diagnóstico tardío en la población masculina. Su inclusión en los espacios de asesoramiento contribuye a disminuir además ciertos comportamientos que impactan negativamente en el cuidado de la propia salud sexual como en el de sus parejas. Concretamente nos referimos a la adopción de ciertas prácticas de cuidado como por ejemplo el uso de preservativo, que muchas mujeres no pueden negociar.

En respuesta al objetivo de identificar las dimensiones y variables relevantes al estudio de la accesibilidad al testeo consideramos que el análisis de la población usuaria representa un importante indicador de la misma, dado que aquellos que concurren lo hacen porque el servicio les resulta accesible. También, como ya se señaló anteriormente el indicador de concurrencia a retirar los resultados demuestra la accesibilidad al proceso de asesoramiento y testeo. Por otro lado, la casi inexistente utilización del servicio de parte de travestis y transexuales estaría indicando la existencia de barreras administrativas culturales y simbólicas.

Creemos que la accesibilidad no puede ser pensada desde un sector, sino que requiere del encuentro entre los que ofrecen el servicio y quienes lo utilizan. Resulta imprescindible realizar un abordaje integral del VIH/Sida que integre prevención y asistencia, que propicie la reflexión y el diseño de distintas estrategias, con la participación de integrantes del equipo de salud, PVVS, autoridades del área y representantes de otros sectores interesados en la problemática.

BIBLIOGRAFÍA

Aizemberg, L. y Weller, S. 2004. Participación y control comunitario en América Latina. Iniciativa por los derechos sexuales y reproductivos en las reformas del sector salud. América Latina. CEDES. Bs. As.

Araujo Alonso, M. 2001. Efectividad de las estrategias de la prevención de las ITS y el VIH, basadas en la abstinencia, la pareja única y el condón. CONASIDA, Ministerio de Salud. Chile.

Ayres, J. et al 2006. Risco, vulnerabilidade e practicas de prevencao e promocao de saúde. Rio de Janeiro.

Barreda, V. 2002. Consentimiento informado: Trámite o regla ética. En Infosida 2. Revista de la Coordinación Sida. Ministerio de Salud. GCBA.

Basombrío, A. 2006. Estrategia para aumentar la accesibilidad al test de VIH. En Infosida 5. Revista de la Coordinación Sida. Ministerio de Salud. GCBA.

Biagini, G., Sanchez, M. 1995. Actores sociales y sida. Ediciones Alfaguara. Bs.As.

Bianco, M.; Pagani, L.; Correa, C. 2003. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH. UNESCO.

Bloch, C. 2009. Hechos y palabras. La experiencia de gestión de la coordinación Sida en la Ciudad de Bs. As. Ministerio de Salud. GCBA.

Carballeda, A. 2007. Escuchar las prácticas. Espacio editorial. Bs.As.

Castiel, L. y Álvarez, C. 2010. La salud persecutoria. Lugar Editorial. Bs. As.

Centro Nacional de Prevención de ITS/VIH/Sida. 2001. Consejería cara a cara. Experiencias en Cuba. Ciudad de La Habana.

Collado, F. et al, 2005. Promoción, prevención y detección precoz del VIH/SIDA en mujeres en CAPS en Morón. Bs. As.

Comes, Y., Solitario & Garbes, 2006. El concepto de accesibilidad. La perspectiva relacional. Facultad de Psicología. UBA. Bs. As.

Comité de Sida. Hospital Ramos Mejía. 2010 "Documento de Consenso" Revista del Hospital Ramos Mejía- Edición electrónica- Volumen XV-Nº 4-www.ramosmejía.org.ar

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. 2010. El diagnóstico de VIH: Prácticas del Equipo de Salud y experiencias de testeo en personas homosexuales, bisexuales y trans. Bs. As.

Dirección de Sida y ETS. Boletín sobre el VIH/Sida en la Argentina N° 28. 2011. Bs.As.

Duranti, R. Homos y Travestis. Algunas cuestiones para mejorar las respuestas desde el sector salud. PNUD. Onusida. Bs.As.

Goldberg, A. 2009 Paciente boliviano tuberculoso. Ponencia. www.ran.unsam.edu.ar/gt/gt26

Grimberg, M. 1997. La construcción social del problema VIH-SIDA: Tensiones conceptuales. Mimeo. Bs. As.

Instituto Gino Germani. 2004. Actitudes, información y conductas en relación al VIH/Sida en la población general. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Bs. As.

Ley Nacional de Sida y su decreto reglamentario. Ley N° 23798 1998. Ministerio de Salud de la Nación

Lo Vuolo, R. 1998. Las políticas sociales en la Argentina contemporánea. CIEPP. Bs. As.

Maglio, I. 2001. El derecho de los menores a participar del proceso de consentimiento informado. En Infosida 1. Revista de la Coordinación Sida. Ministerio de Salud. GCBA.

Maglio, I. et al. 2011. Guía de buena práctica ético legal en VIH/Sida. Fundación Huésped. Bs. As. Argentina.

Manzelli, H.2003. Algunos aspectos teóricos y prácticos en la prevención del VIH/Sida en Hombres que tienen sexo con hombres. Conferencia de la Latin american association. Dallas.

Menendez, E. 1992. Grupo doméstico y proceso salud, enfermedad y atención. Cuadernos médico sociales N° 59, pp. 3-18.

Menendez, E. 2008. Epidemiología sociocultural. Propuestas y posibilidades. Región y sociedad/Volumen XX/Número especial 2.

Mejía, A. 2007. Barreras de acceso a los servicios diagnósticos y de atención para VIH-ITS en grupos vulnerables de la ciudad de Bogotá. www.haztelaprueba.info/intex2.

Merhy, E. 2006. Salud: Cartografía del trabajo vivo. Lugar Editorial. Bs. As.

Minayo, M. 2009. La artesanía de la investigación cualitativa. Lugar Editorial. Bs. As.

Ministerio de Salud. 2004. Programa Nacional de lucha contra los RH Sida y ETS. Consejería una estrategia esencial en la prevención del VIH y las ITS.

Ministerio da Saúde. Brasil. CN-DST/AIDS 1998. "Aconsejamiento en DST, HIV a AIDS: Diretrizes e procedimientos básicos". www.aids.gov.br

Núñez, L & Otero, S. 1995 Investigación sobre la atención del paciente HIV en el Hospital de Morón. Bs. As.

Núñez, L.; Otero, S.; Quattrini, S. 2002. El impacto del ajuste del gasto en salud en el servicio social del Hospital de Morón. Bs. As.

OMS. 2002. 25 Preguntas y respuestas sobre Salud y Derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos N°1. Suiza.

ONUSIDA. 2002. Una visión global de las ventajas y dificultades. Colección prácticas óptimas del Onusida.

ONUSIDA. 2003. Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, una vía de acceso a la prevención y la atención. Estudio de caso.

Recoder, M. 2010. El diagnóstico de VIH. Prácticas del equipo de salud y acceso al testeo en personas en contexto de vulnerabilidad. Primeras Jornadas de la filial conurbano de Saisida. Bs.As.

Sousa Campos, G. 2001. Gestión en salud. En defensa de la vida. Lugar Editorial. Bs. As.

Spinelli, H. 2010. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud colectiva. 6 (3) : 275-293 Bs. As.

Tesone, M. 2007. Prevención del VIH-SIDA: Experiencias de las organizaciones de la sociedad civil en la zona metropolitana. Agencia Alemana de Cooperación Técnica. Bs. As.

Testa, M. 1997. Pensar en salud. Lugar Editorial. Bs. As.

Toibaro, J. et al. 2010. Impacto del programa de prevención y diagnóstico precoz de la infección por VIH y infecciones de transmisión sexual en la población trans de la ciudad de Buenos Aires en el acceso al sistema de salud. Revista del Hospital Ramos Mejía. Edición electrónica-Volumen XV. N°3- www.hospitalramosmejia.org.ar

Urquía, M. 2006. Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología. Ediciones De la UNLa. Remedios de Escalada

Vilas, C. 2003. Descentralización de políticas públicas. Argentina en la década de 1990. En Revista Argentina del Régimen de la Administración Pública. N° 300. Bs. As.

Warley et al 2005. Evaluación del cuidado prenatal en mujeres que atienden su parto en el Hospital de Morón, Bs. As.

Warley et al 2005. Diferencias relacionadas al género en VIH al momento del diagnóstico. Bs. As.

Warley et al 2009. Diferencias de sexo relacionadas al HIV/Sida. Medicina Volumen 69 N° 3, 305-310. Bs. As.

Warley et al 2010. Inicio tardío de terapia antirretroviral. Hosp. D. Paroissien, I. Casanova, La Matanza, Hosp. Municipal de Morón, Bs.As.

Warley, E. 2010. Diagnóstico tardío. Presentación del problema y situación del Conurbano Bonaerense. Primeras jornadas de la filial Conurbano de SAISIDA. Bs. As.

Weller, S. 2003. Resultados de análisis de VIH no retirados. Un ruido que debemos escuchar. En Infosida 3. Revista de la Coordinación Sida. Ministerio de Salud. GCBA

ANEXOS

ANEXO A. Instrumento para el monitoreo de los centros de prevención, asesoramiento y testeo en VIH (CEPAT) – Dirección de Sida y ETS	72-76
ANEXO B. Ordenanza – Concejo Deliberante Morón	77-79
ANEXO C. Encuesta Consultorio Aconsejamiento – Consultorio Consejería VIH y ETS – Hospital de Morón	80-81
ANEXO D. Consentimiento del/a consultante – Hospital de Morón	82
ANEXO E. Consentimiento Informado – Provincia de Buenos Aires – Ministerio de Salud – Programa Provincial de VIH/SIDA/ETS	83
ANEXO F. Referencias documentales	84

ANEXO A

Instrumento para el monitoreo de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH (CePAT)

Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación
2010

Aspectos generales de las visitas a los Centros

Se presentan aquí una serie de pautas sobre "qué mirar" o qué tener en cuenta sobre la estructura, los procesos de trabajo y los resultados que producen los centros que realizan prevención de VIH-sida e ITS y diagnóstico con asesoramiento.

Se brindan también algunos parámetros de lo que se consideran situaciones positivas a fin de facilitar la evaluación de aquello que se conversa y se observa.

Es preciso adaptar estas pautas generales al momento de desarrollo del Centro (recién iniciado, con menos de un año de trabajo, más de un año, etc.), al tipo de institución en la que está inserto (un Hospital, un Centro de Salud, una Organización de la Sociedad Civil, etc.) así como a otros aspectos particulares que no pueden ser mencionados aquí de modo exhaustivo.

Esta guía está pensada como apoyo para la visita presencial de miembros de los programas de VIH- sida a los lugares donde se están realizando actividades de prevención y diagnóstico.

Se sugiere construir una planilla o guía adaptada a la provincia o jurisdicción. Utilizarla en papel para el momento de la visita. Consignar fecha del encuentro y personas que participaron del mismo. Almacenar en carpetas o de modo electrónico los resultados del encuentro así

como observaciones, de modo de poder recuperar estos hallazgos, observaciones o sugerencias para las visitas posteriores al mismo centro (poder hacer una historia de acompañamiento del lugar).

Se sugiere también al cierre de la visita o visitas a los Centros hacer una síntesis de lo observado que incluya los aspectos positivos y negativos, los aspectos que se podrían mejorar, las estrategias a seguir y otras observaciones relevantes para el equipo que hace el monitoreo y para el equipo que trabaja en el Centro. Es importante también, cuando se hacen propuestas de cambio, pensar junto con el equipo del Centro cuáles son los tiempos y los responsables de las acciones a futuro.

Esta síntesis de la visita es una herramienta útil para el equipo monitoreado pues le permite organizar mejor su tarea y es también útil para el equipo que hace monitoreo en la medida que le permite tener una historia de cada lugar y un punto de partida para las visitas posteriores a la misma institución.

El monitoreo deberá ser una actividad continua, sistemática, flexible y funcional pues señala en que medida se logran los objetivos y las metas y en que medida se responde a los problemas que se presentan. Es también una herramienta de gestión que mejora el acompañamiento de los equipos que están trabajando en terreno y aumenta el conocimiento del

equipo de gestión central sobre los aspectos concretos de la implementación de las políticas.

Aspectos a tener cuenta

Se listan las "dimensiones" o aspectos a tener en cuenta.

- Accesibilidad.
- Respeto de la intimidad y confidencialidad. Existencia y calidad de los asesoramientos de pre test y post test.
- Lugares de referencia y contra referencia.
- Composición del equipo
- Servicios para grupos especiales y/o vulnerables.
- Metodología diagnóstica empleada y lugares de referencia.
- Sistema de registros.
- Disponibilidad de elementos para el diagnóstico.
- Disponibilidad de herramientas preventivas.
- Acciones comunitarias.

A continuación se detallan las preguntas y/u observaciones que permiten acercarse a las dimensiones bajo estudio. Para cada una de estas dimensiones se indica cuál sería la situación esperada o positiva a fin de que quien hace el monitoreo cuente con algún parámetro para realizar su apreciación.

DIMENSIONES	PREGUNTAS/OBSERVACIÓN	SITUACIÓN ESPERADA
<p>Accesibilidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicación en el barrio/ciudad o dentro de la institución. • Días y horario de atención. • Da turnos o atiende por demanda espontánea. • Avisos o publicidad en el barrio o ciudad del servicio y sus horarios. • Requisitos para realizar el testeo (edad, autorización de los padres o tutor, nombre y apellido, n° de documento, pertenencia alguna obra social, si se cobra alguna prestación, etc.) • Circuito que realizan las personas que concurren al centro. • Demora en obtener los resultados. 	<p>Se valora de modo positivo que el lugar esté bien ubicado o accesible para la población que se busca convocar. Puede ser que haya buenos medios de transporte pero también que esté en un lugar con poco acceso para la población general pero alto acceso para poblaciones específicas a las que se busca captar.</p> <p>Es esperable que la oferta horaria sea amplia y en lo posible sea más de un día a la semana. Es ideal que el equipo haya tenido en cuenta para fijar los horarios las necesidades específicas de la población (gente que trabaja, gente que lleva chicos a la escuela, gente que sólo puede concurrir en horarios vespertinos, etc.)</p> <p>Es ideal que no sea indispensable la presentación de DNI y que no haya restricciones de edad.</p> <p>Es preciso considerar el tiempo que transcurre entre que la persona consulta hasta que obtiene el resultado. El centro será más accesible cuando la persona tenga que concurrir menos veces (lo ideal es que concurra dos veces, una para hacer el pre test y sacarse sangre y otra para retirar el resultado en el marco de una devolución con asesoramiento ya sea para resultados positivos o negativos).</p>
<p>Respeto de la intimidad y confidencialidad. Existencia y calidad de los asesoramientos de pre test y post test.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de asesoramiento pre test. Existencia de asesoramiento post test. Espacio físico adecuado para asegurar que el asesoramiento pueda desarrollarse respetando la intimidad, sensibilidad y comodidad de la persona consultante y que permita una comunicación fluida con el personal del equipo de salud. • Existe resguardo de la información obtenida y se respeten las normas referidas a la confidencialidad. • El asesoramiento se realiza en forma individual y/o grupal. 	<p>Se valora de modo positivo la existencia de una entrevista de asesoramiento pre test y otra de devolución de resultado o post test. Hay que considerar que a las personas consultantes les puede dar vergüenza o miedo que se sepa que van a realizarse un test de VIH. Es preciso estudiar qué resguardos se consideran para que el pedido pueda ser hecho de modo confidencial. Es aconsejable indagar qué entiende el equipo por resguardo de la confidencialidad conversando sobre situaciones concretas tales como el modo en el que está identificado el consultorio o lugar donde se hace el test, el modo en el que se llama a la gente, etc. También que haya un lugar adecuado para el asesoramiento pre y post test en la medida que en esta ocasión se habla de aspectos íntimos de las personas (su sexualidad u otras prácticas de fuerte carácter moral como el consumo de drogas). El asesoramiento grupal es una buena estrategia en la medida que se arme un encuadre que también respete la intimidad del grupo y el asesor.</p>

DIMENSIONES	PREGUNTAS/OBSERVACION	SITUACION ESPERADA
<p>Lugares de referencia y contra referencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lugares a donde referir los pacientes frente a un resultado positivo o ante alguna problemática específica relacionada o no al VIH/sida. (Dirección, teléfono, nombre de los referentes, días y horarios de atención). • Ong's u otras organizaciones que actúen en la zona como apoyo al Centro. • Lugares a donde referir la muestra del paciente o del paciente para su diagnóstico y/o para su confirmación. (Dirección, teléfono, nombre de los referentes, días y horarios de atención, forma de envío de la muestra). • Manera de obtener los resultados de los estudios realizados si no se realizan en ese centro. • ¿Qué se hace con los resultados no retirados tanto positivos como negativos? 	<p>Es importante que el Centro cuente con vinculaciones con grupos que promuevan el test entre población con mayor vulnerabilidad.</p> <p>En el caso de que el Centro no procese las muestras, es preciso estudiar con cuidado cómo es el manejo de las mismas y cómo "vuelven" los resultados al Centro, o cómo se derivan las personas al lugar donde están los resultados.</p> <p>En el caso que no se atienda personas con VIH u otra ITS, es preciso indagar el modo en el que se derivan personas que son diagnosticadas con VIH y/o con otra ITS.</p> <p>Es importante recordar que un indicador de calidad es la baja existencia de resultados no retirados y que desde el punto de vista legal no corresponde citar a las personas para retirar resultados, ya sean positivos o negativos. La experiencia muestra que la proporción de resultados retirados suele estar asociada a los esfuerzos de asesoramiento pre test. Si el número de resultados no retirados es alto conviene conversar con el equipo sobre este problema.</p>
<p>Composición del equipo</p>	<p>Existencia de un equipo, composición (profesionales, técnicos, personas de la comunidad, personas con VIH, administrativos y personal de limpieza), formación en el tema, distribución según días y horarios. Reuniones de equipo, número, frecuencia. Tipo y calidad de las tareas de promoción y prevención que realiza.</p>	<p>La promoción y realización de diagnóstico de VIH es una actividad que requiere del trabajo de un equipo. Es importante que la composición sea heterogénea, puede haber funciones que realizan varios miembros del equipo pero debe ser claro cuál es la responsabilidad de cada uno. Es preciso considerar la formación que tuvieron los miembros del equipo y si forma parte de los planes la participación de los miembros en espacios de capacitación / actualización. Se valora que el equipo tenga espacios de reunión donde conocer la tarea global, converse sobre dificultades y tenga potencia para repensar estrategias o solucionar problemas.</p>
<p>Servicios para grupos especiales y/o vulnerables</p>	<p>Existencia de equipos especializados para realizar el asesoramiento y testeo en poblaciones especiales y/o vulnerables: embarazadas, niños, adolescentes, trabajadores sexuales, hombres homosexuales, personas trans (travestis y transexuales), usuarios de drogas, personas que forman parte de pueblos originarios, migrantes, etc.</p>	<p>Es importante indagar el tipo de población a la que se dirige el Centro así como el tipo de población que llega. Se valora positivamente que el equipo tenga una caracterización de estas dos poblaciones. Se valoran los esfuerzos especiales para captar población con mayor vulnerabilidad. Se valora positivamente que el equipo tenga conocimiento sobre las diferentes poblaciones y el mejor modo de atraerlas y atenderlas.</p>

DIMENSIONES	PREGUNTIAS/OBSERVACION	SITUACION ESPERADA
<p>Metodología diagnóstica empleada y lugares de referencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pruebas de VIH se realizan? • Dónde se realizan las pruebas de screening y las confirmatorias. • Algoritmo diagnóstico empleado. • Demora entre la obtención de la muestra y recepción del resultado. • Circuito de las muestras. • ¿Se envía la muestra o el paciente se debe trasladar al laboratorio de diagnóstico? • Manera de devolución de los resultados al centro. • El laboratorio realiza controles de calidad externos de sus procedimientos. 	<p>Es difícil aplicar un criterio único de valoración pues todos los Centros, aún los de menor complejidad, significan un aporte potencial para la mejoría del acceso al diagnóstico. Se valora positivamente la celeridad en los tiempos del diagnóstico, que el mismo se haga de modo adecuado, que circulen las muestras de sangre y no las personas. En el caso que el procesamiento de muestras de sangre se haga en otra institución se valora el conocimiento mutuo de los diferentes equipos involucrados y la comunicación permanente entre ellos para evitar y/o facilitar la resolución de conflictos inherentes a la tarea.</p>
<p>Sistema de registros</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Personas atendidas en el centro. • Personas que recibieron asesoramiento solamente. • Personas que realizaron pre test y realizaron la prueba. • Personas que recibieron asesoramiento post test. • Personas en las que se obtuvo un resultado positivo. • Número de análisis realizados y no retirados (positivos y negativos). • Personas derivadas a otros servicios. • Personas en que se obtuvo un diagnóstico positivo que fueron atendidas en el centro de referencia. • Preservativos entregados. • Folletos entregados. • Reuniones comunitarias realizadas (tipo, número y características de los participantes, etc). 	<p>Se valora positivamente la existencia de registros para las diferentes actividades que realiza el Centro. Se valora positivamente el conocimiento por parte del equipo de los resultados que producen con su labor, y la posibilidad de tomar estos resultados como insumos para orientar la tarea. Se espera un volumen adecuado de asesoramientos y diagnósticos en función de la cantidad de personas que forman parte del equipo y de otros datos vinculados a la población con la que trabaja el Centro. Es importante estudiar con el equipo la proporción de personas que concurren al asesoramiento, personas que realizan diagnóstico y personas que retiran el resultado. También conocer la proporción de resultados positivos esto es de personas diagnosticadas.</p>
<p>Disponibilidad de elementos para el diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un lugar adecuado para la extracción de sangre. • Silla o camilla para la extracción de la muestra. • Lazo, guantes de látex, algodón, alcohol, jeringas y agujas descartables, cinta adhesiva. • Tubos para extracción de 10 ml o 5 ml. Gradilla para los tubos. • Descartadores de agujas y tacho de basura para material contaminado. • Cajas de transporte para material biológico. • Heladera para conservar las muestras. Identificación de las muestras trasladadas. Modos de realizar el transporte de muestras. 	<p>Se sugiere verificar la existencia de los aspectos señalados e indagar los modos en los que el Centro se provee de sus insumos, la existencia de periodos de carencia, la existencia de conflictos alrededor de estos aspectos y los modos que el equipo encuentra para solucionarlos.</p>

DIMENSIONES	FRECUENCIAS/OBSERVACIONES	SITUACION ESPERADA
<p>Disponibilidad de herramientas preventivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativos. Dispenser. • Folletos y afiches. • Manera de provisión de las herramientas preventivas. • Metodología y requisitos para la entrega de los materiales. (Número por persona, identificación de la persona, edades para retirarlas, etc.) 	<p>Se valora la existencia de materiales preventivos y preservativos y gel. El modo de dispensa de la folletería y los preservativos. Se espera que los mismos estén accesibles en lugar adecuado. Verificar que el equipo conozca los modos de provisión del material y que esté al tanto de los nuevos recursos existentes en el nivel central. Verificar la no existencia de obstáculos para retirar el material y fundamentalmente los preservativos (que no se le pidan datos a la gente, que la gente no sea obligada a participar de actividades informativas o educativas o de atención como condición para acceder a los preservativos, que los puedan retirar de modo libre, que no haya restricciones por edad, etc.)</p>
<p>Acciones comunitarias.</p>	<p>Reuniones con instituciones barriales u ONGs para coordinar tareas de promoción y prevención. Reuniones con escuelas y colegios con la misma finalidad. Provisión de materiales preventivos a otras instituciones locales. Trabajo con población Gay, Trans, Bisexual (GTB), trabajadoras /es sexuales, usuarios de drogas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas y sus parejas.</p>	<p>Aquí se evalúa la capacidad de articulación y de participación en redes del equipo del Centro. Se valora positivamente el número de actores con los interactúa, la heterogeneidad de los mismos y el número y tipo de acciones comunitarias que desarrolla. Se valora positivamente la existencia de acciones de prevención del VIH y promoción del testeo voluntario. Se valora positivamente que dichas acciones sean realizadas fuera del espacio del Centro, aunque en el caso de Hospitales se valora positivamente que las acciones sean realizadas también dentro de la institución.</p>

ANEXO B



Cde. Expte. N° 68034/09 H.C.D.
4079-20258/09 D.E.

EL HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE SANCIONA CON FUERZA DE ORDENANZA

Artículo 1°: Créase en el ámbito del Partido de Morón el Servicio de Consejería y Detección del VIH/SIDA, dependiente de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social, que funcionarán en los Centros de Atención Primaria de la Salud y el Hospital de Morón.

Artículo 2°: El Servicio de consejería y Detección del VIH/SIDA será un espacio específico para que los ciudadanos y ciudadanas puedan acudir a solicitar información personalizada sobre la problemática del VIH/SIDA, manifestar sus dudas y requerir la realización del análisis de VIH/SIDA, en el marco de un diálogo que posibilite tanto el asesoramiento como la contención; permitiendo potenciar prácticas más seguras y de cuidado entre las personas, así como también la detección temprana de la infección por el VIH/SIDA.

Artículo 3°: Serán objetivos y funciones del Servicio de Consejería:

- Articular la prevención del VIH/SIDA en espacios formales e informales de la vida social, potenciando las acciones por el trabajo con otras instituciones y grupos.
- Promover el uso y garantizar la entrega de preservativos atendiendo a las determinaciones culturales y subjetivas que dificultan su utilización.
- Promover y realizar el análisis del VIH/SIDA como estrategia de prevención primaria y secundaria.
- Enfatizar el momento del diagnóstico como espacio privilegiado de articulación de la prevención y la asistencia del VIH/SIDA.
- Realizar campañas informativas y talleres de sensibilización sobre la prevención del VIH/SIDA e informar sobre los objetivos del espacio de la Consejería.

Artículo 4°: Podrán participar del Servicio de Consejería y Detección del VIH/SIDA, aquellos profesionales de todas las disciplinas vinculadas a la salud, personal técnico y administrativo; personas idóneas para tal fin, personal de los Equipos de Salud del Municipio de Morón y ciudadanas y ciudadanos conviviendo con VIH/SIDA.

Artículo 5°: Los Servicios de Consejería y Detección del VIH/SIDA estarán integrados por un equipo interdisciplinario y formarán parte del Sistema Único Municipal de Salud (SUMS), estructura que agrupa a todos los efectores municipales de la salud de Morón. Está integrado por el Hospital Ostaciana B. de Lavignolle y los Centros de Atención Primaria de la Salud distribuidos en diferentes barrios de la comuna.

COPIA FIEL

Lic. JOSÉ MARIA GHH
SECRETARIO
H.C.D. MORON



HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE
DE MORÓN

“Las Islas Malvinas, Georgias
y Sandwich del Sur son Argentinas”



1810 - 2010

HCD | M
HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DE MORÓN
AÑO DEL BICENTENARIO



Cde. Expte. N° 68034/09 H.C.D.
4079-20258/09 D.E.

Artículo 6°: El Servicio de Consejería se encuentra enmarcado en la Ley Nacional de SIDA 23798, sancionada en 1990. De la misma se desprenden los siguientes principios básicos que se incorporan al Servicio de Consejería que brindará el Municipio de Morón para todos los ciudadanos y ciudadanas:

- a) **Consentimiento informado:** Es un procedimiento que se debe desarrollar durante toda la relación médico/a - paciente, servicio de consejería - usuario/a, basado en el diálogo y el respeto mutuo. Implica brindar información al paciente de manera comprensible de manera que pueda decidir si se somete o no a la práctica médica. La información debe incluir el diagnóstico, los riesgos y beneficios del tratamiento y las alternativas terapéuticas. El consentimiento es una decisión libre que da el usuario o usuaria y supone su comprensión sobre su situación de salud. Este proceso se realiza con una autorización escrita en los casos que lo exige la ley. En el caso del testeo por VIH/SIDA, el/a usuario/a debe firmar dicha autorización antes de la extracción de sangre.
- b) **Confidencialidad:** Es la obligación de guardar o no revelar la información obtenida en una relación de confianza. Esta obligación alcanza a todos los/las miembros del equipo de salud, el Servicio de Consejería y a toda persona que conozca a una persona que tenga el virus.
- c) **Veracidad:** Es la obligación de decir la verdad y no mentir o engañar en cuanto a la información sobre el estado de salud de una persona. Al mismo tiempo, para recibir la información es necesario contar con la contención adecuada.
- d) **No discriminación:** La discriminación consiste en la diversidad de tratamiento en cuanto a los derechos que se da a un determinado grupo, en este caso, a las personas que viven con VIH/SIDA. La Ley Antidiscriminación N° 23952 prohíbe cualquier forma de discriminación, quedando de este modo incluida cualquier práctica de exclusión arbitraria hacia las personas que viven con el virus.
- e) **Acceso a la atención de la Salud:** El acceso a la atención sanitaria en nuestro país está garantizado para toda la población y está incluido en la Constitución Nacional y en los Pactos Internacionales que ésta incluye a partir de 1994. Además, la Ley Nacional de SIDA obliga a las obras sociales y a la medicina prepaga a brindar tratamiento médico, farmacológico y psicológico a las personas que viven con HIV. Para aquellas personas que no tiene obra social o prepaga es el Estado, a través de los hospitales públicos, quién brindará la atención necesaria como así también la provisión de medicamentos.

Handwritten signature and initials.

COPIA FIEL

Lic. JOSE MARIA GHI
SECRETARIO
H.C.D. MORON

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.



HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE
DE MORON
"Las Islas Malvinas, Georgias
y Sandwich del Sur son Argentinas"



Cde. Expte. N° 68034/09 H.C.D.
4079-20258/09 D.E.

Artículo 7°: Comuníquese al Departamento Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Honorable Concejo Deliberante a los veintisiete días del mes de mayo del año dos mil diez.

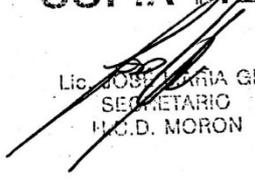
REGISTRADA BAJO EL N° 123.9/2010.


LIC. JOSÉ MARIA GHI
SECRETARIO
H.C.D. MORON




JUAN MANUEL LE BAS
PRESIDENTE
H.C.D. MORON

COPIA FIEL


Lic. JOSÉ MARIA GHI
SECRETARIO
H.C.D. MORON

ANEXO C

ENCUESTA CONSULTORIO ACONSEJAMIENTO

Fecha:

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Entre calles:

TE.

Estado civil:

Escolaridad: Prim.Inc. Prim.Comp. Sec. Inc. Sec.Comp. Terc. Comp. Terc.Inc
Univ. Inc. Univ. Comp. Años cursados:

Ocupación:

Nacionalidad:

Con quién convive actualmente: Madre Padre Hermanos Pareja Hijos
Amigos Solo

ANTECEDENTES PERSONALES

ETS Cual? Fecha:

HEPATITIS B		C	Fecha	TRANSFUSIONES			Fecha	
ADICCIONES:	EV		Fecha	Marih.	Fecha	Cocaina	Fecha	
Farmacos		Fecha	Tabaco	No	Si	-10cig.	10-20cig	+40cig
Alcohol	No	Si	Tipo de bebida	Cantidad				

HABITOS SEXUALES

Heterosexual Homosexual Bisexual Nunca tuvo relaciones
Edad de IRS: Consensuada: Presionada: Usó preservativo:

PAREJA

Estable Ocasional Sin pareja

¿Tiene o tuvo alguna vez una pareja con antecedentes de:

Adicciones VIH ETS Fecha

Citación de la pareja: Si No Fecha: Concurre: Si No

¿Tiene conocimiento referente al VIH-SIDA?: SI NO

¿Sabe como evitar los riesgos de infección? SI NO

¿Usa preservativo? Siempre Casi siempre A veces Nunca

¿Usa o ha usado algún anticonceptivo?	SI	NO	Cual?	
Probable exposición de riesgo	SI	NO	Cual? Sex.	EV
Ubicación temporal probable situación de riesgo:	< 6meses	6m/1año	>1año	
Serología para VIH :	Reactivo	No reactivo	Fecha:	
Segunda muestra:	Reactivo	No reactivo	Fecha:	
Western Blot	Positivo	Negativo	Indeterminado	Fecha:
Otras serologías:				
VDRL	Positivo	Negativo		
Hepatitis B	Positivo	Negativo		
Hepatitis C	Positivo	Negativo		

Entrega de resultado:	Fecha	
Concurre:	SI	NO

Con que persona cree que puede compartir el diagnóstico de VIH:

SEROLOGIA NEGATIVA

¿ Entendió el significativo de un test negativo?	SI	NO
¿Comprende el significado del período de ventana?	SI	NO
¿Comprende como evitar los riesgos de infección por VIH?	SI	NO

SEROLOGIA POSITIVA

¿ Entendió el significado de una serología positiva?	SI	NO
¿ Comprende la diferencia entre infectado y enfermo?	SI	NO
¿ Comprende la importancia del control y tratamiento?	SI	NO
¿Comprendió los mecanismos de transmisión del virus y las pautas preventivas?	SI	NO
¿Se contactaron a los hijos con el pediatra?	SI	NO
¿Se contactó a la paciente con Infectología?	SI	NO

ANEXO D

HOSPITAL DE MORON

Institución / Servicio _____

Solicitud de estudios de serología

Consentimiento del/la consultante

Morón, _____ de _____ de 20 _____

Nombre: _____

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Fecha de nacimiento: _____

D.N.I.: _____

Dirección: _____

Tel.: _____

Declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido suficientemente informada/o de la conveniencia de realizarme una prueba diagnóstica para la detección del VIH. Se me ha explicado en que consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y el alcance y significado de los resultados. Se me ha asegurado también la confidencialidad de los resultados y me han sido comunicados mis derechos al debido asesoramiento y la asistencia en caso de estar infectadas/o por el VIH, en el marco de la legislación vigente.

Por lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba y las que fueran necesarias para la confirmación de los resultados. Consiento también que se realicen a mi hijo/a recién nacido/a, los estudios correspondientes para la detección del VIH si ello fuere necesario.

firma del profesional solicitante

firma del/la consultante

ANEXO E



E

Provincia de Buenos Aires - Ministerio de Salud
Programa Provincial de VIH/SIDA/ETS

Solicitud de diagnóstico de infección por VIH

N° de identificación interna de la muestra _____

Datos del paciente

Código del paciente

....
------	-------	-------	-------

Fecha de nacimiento DDMMAAAA (año completo)
DOS primeras letras del primer apellido
DOS primeras letras del primer nombre
Sexo (F/M)

Vías de transmisión posible

- Transmisión sexual
 Adicción a las drogas - Vía endovenosa () - otras vías ()
 Antecedentes de ETS
 Control de embarazo - semana de gestación
 Hijo de madre infectada
 Transfusión sanguínea - fecha ____ / ____ / ____
 Hemodializado
 Control accidente / punzante - fecha de accidente ____ / ____ / ____
 Otra
Régimen de atención: ambulatoria () hospitalizado ()

Obtención de la muestra

Fecha ____ / ____ / ____

Resultado previo : () no () si _____

metodología _____ Protocolo _____

Establecimiento solicitante

_____ N° de H. C. _____

Firma del profesional solicitante _____

Sello _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La accesibilidad al testeo como estrategia de prevención. Acerca del consultorio de Consejería VIH y ETS del Hospital Municipal de Morón. Susana Otero. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. UNLa.

ANEXO F

Cuadernos de campo del Servicio Social (Período 1984/2011)

Fichas de reuniones de consultorio de Planificación Familiar (Período 1983/1986)

Cuaderno de campo del consultorio de Adolescencia (Período 1985/1995)

Historias Sociales de PVVS atendidas en HM (Período 1993/2011)

Registro de Actas de Asambleas hospitalarias del HM (Período 1995/1997)

Actas de reuniones de Comisión de Carrera Sanitaria Municipal del SUMS (Período 2001/2004)