

hechos **y** palabras

Claudio Bloch
organizador

La experiencia
de gestión
de la Coordinación Sida
en la Ciudad
de Buenos Aires



hechos **y** palabras

.
.
.
La experiencia
de gestión
de la Coordinación Sida
en la Ciudad
de Buenos Aires
. . .

Organizador
Claudio Bloch

Comité editorial
Ariel Adaszko
Mabel Caballero
Agustín Rojo
Fernando Silva Nieto
Silvana Weller

Hechos y palabras: La experiencia de gestión de la Coordinación Sida en la Ciudad de Buenos Aires / Claudio Bloch ... [et al.] ; dirigido por Claudio Bloch ; seleccionado por Ariel Adaszko ... [et al.]. 1ª ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud - Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), 2007. 360 p. : il. ; 230 x 155 mm.

ISBN 978-987-24004-0-8

1. SIDA. I. Bloch, Claudio, dir. II. Adaszko, Ariel, selec.
CDD 362.196 979 2

Fecha de catalogación: 23/10/2007

Diseño de interior y cubierta
Marina Benzaquen

Corrección
Malala Carones
Agustín Ostrowski

Organizado por **Claudio Bloch**
© Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires
con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud

Comité editorial
Ariel Adaszko
Mabel Caballero
Agustín Rojo
Fernando Silva Nieto
Silvana Weller

Los contenidos de este libro pueden ser citados y reproducidos sin permiso previo, siempre que se cite adecuadamente a los autores y la fuente de la cual se extrajeron los textos.

Los resultados, interpretaciones y conclusiones expresadas en el presente documento son responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente los puntos de vista de la Organización Mundial de la Salud o de la Organización Panamericana de la Salud.

Tirada: 1500 ejemplares

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723
Impreso en la Argentina



índice

RECONOCIMIENTO	5
PRÓLOGO	7
<i>Alberto De Micheli</i>	
INTRODUCCIÓN	9
<i>Claudio Bloch</i>	
I. LAS PERSONAS (Quiénes)	16
Así empezó el equipo	
Algunos ruidos y conflictos	
Resumiendo el camino	
<i>Claudio Bloch</i>	
II. LAS FORMAS (Cómo)	32
Desde el comienzo: marco de una gestión transversal y participativa	
En el terreno de las acciones	
Proceso de planificación estratégica	
Relación con actores gubernamentales y sociales	
<i>Claudio Bloch</i>	
III. LA GESTIÓN COMO ESPACIO DE CAMBIO (Desde dónde)	82
Lineamientos teóricos	
Un método para avanzar en la democratización de la producción de la salud. Arreglos y dispositivos de gestión	
<i>Silvana Weller</i>	
IV. LOS RESULTADOS (Qué)	130
IV.1. La epidemiología: del conteo al apoyo de la gestión	131
<i>Marcelo Vila, Marisa Nan y Claudio Bloch</i>	
IV.2. Abrir el juego: la red de prevención de VIH-sida	153
<i>Ariel Adaszko</i>	

IV.3. El trabajo con los equipos: una construcción permanente	191
<i>Mabel Caballero</i>	

IV.4. Comunicación social: la política es el mensaje	206
<i>Agustín Rojo, Malala Carones y Agustín Ostrowski</i>	

IV.5. Los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD): un dispositivo articulador del proceso de prevención/atención	256
<i>Luciana Gennari, Adriana Basombrío y Blanca Carrozzi</i>	

IV.6. Atención integral y participación de las PVVS	270
<i>Fernando Silva Nieto, Darío Serantes, Sergio Maulen y Jorge Correggioli</i>	

IV.7. Reducción de daños: el desafío ante los cambios de escenario	286
<i>Mabel Caballero, Graciela Fernández Cabanillas y Vanesa Kaynar</i>	

IV.8. Prevención de la transmisión vertical: un logro del sistema de salud	306
<i>Adriana Basombrío, Adriana Durán, Marisa Nan y Silvina Vulcano</i>	

IV.9. El trabajo en prevención con varones homosexuales, gays y personas trans	316
<i>Darío Serantes, Guillermo Leone y Silvana Weller</i>	

IV.10. Los estudiantes y los docentes: del voluntarismo a la política	328
<i>Patricia Orge, Agustín Rojo, Martha Weiss y Sandra Di Lorenzo</i>	

ANEXOS	340
---------------	-----

LOS AUTORES	350
--------------------	-----



reconocimiento

El principal impulso para escribir este trabajo ha sido la íntima convicción de que en la experiencia de gestión desarrollada durante siete años ocurrieron cosas que para muchos de nosotros eran más un sueño, un ideal, que un proyecto en el sentido técnico del término. Sólo el lector podrá evaluar si este convencimiento se ve reflejado en las páginas que siguen.

Nada tendríamos para contar sin el compromiso activo de por lo menos mil personas que se animaron a pensar y trabajar de modo diferente, que tuvieron confianza en que muchas de las cosas que hacemos cotidianamente pueden hacerse de otra manera, es decir construyendo con otros, en un marco de respeto, pasión y alegría.

Quede expresado aquí nuestro reconocimiento a todos los equipos de los hospitales, centros de salud, escuelas, centros de gestión y participación, los espacios de gestión que trabajan con jóvenes, mujeres, niños y adolescentes, los organismos de defensa de los derechos humanos y sociales, las áreas de comunicación social, seguridad, educación y cultura del Gobierno de la Ciudad, las organizaciones no gubernamentales, los comedores comunitarios, las asociaciones barriales, gremiales, culturales y deportivas, entre tantos otros que apostaron su tiempo y su esperanza en pos de un objetivo común.

También a las agencias de cooperación que a lo largo de este proceso confiaron y avalaron con su presencia y apoyo muchas de las políticas emprendidas.

Y a los compañeros del equipo administrativo y de logística de la Coordinación Sida, que brindaron soporte cotidiano a este proyecto.

Los autores



prólogo

Buenos Aires está entre las grandes ciudades de América latina, y como tal, los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas que aquí viven y trabajan son de una magnitud y un grado de complejidad insoslayables a la hora de diseñar y gestionar su sistema de salud.

La epidemia del VIH-sida, como otras de carácter urbano, ha impactado en forma muy significativa en nuestra ciudad. De hecho, fue aquí donde se registraron los primeros casos de sida en la década del 80 y, junto con la provincia de Buenos Aires, es la jurisdicción del país con mayor número de personas que viven con VIH. En la actualidad, sólo en nuestros hospitales públicos se atienden alrededor de 11 mil pacientes por esta infección.

El desafío de controlar la epidemia, brindar una atención de alta calidad a las personas afectadas y promover actitudes y prácticas de prevención en la población de la ciudad comenzó a tener una respuesta estatal acorde a la dimensión real del problema a partir del año 2000, cuando se creó la Coordinación Sida en el ámbito de este ministerio.

Es importante destacar, al analizar retrospectivamente la historia de esta nueva estructura, que desde el comienzo y a lo largo de su gestión, contó con un fuerte apoyo de las máximas autoridades políticas de la ciudad, tal como surge de la lectura de este libro. Pero por otra parte, también quiero resaltar que, a lo largo de estos años, la Coordinación Sida se sostuvo en el esfuerzo de un equipo multidisciplinario comprometido con su tarea cotidiana y en una manera de hacer democrática y participativa. La efectiva incorporación de actores sociales e institucionales, tradi-

cionalmente no convocados a trabajar en salud, así como la articulación intersectorial permanente, son un ejemplo de esa manera de gestionar.

Estos principios, planteados y llevados a la práctica por la Coordinación Sida, pueden ser tomados para comprender e intervenir en otros problemas de salud que trasciendan el campo del VIH.

Es una satisfacción para mí constatar que estas páginas no son una sumatoria de artículos, sino la producción colectiva de un grupo de personas que viene trabajando en el nivel central de este ministerio desde hace más de un lustro.

Para terminar, quiero subrayar que este libro, además de describir un modelo particular de gestión, muestra una serie de resultados concretos que permiten afirmar que bajó el impacto de la epidemia de VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires.

*Dr. Alberto De Micheli
Ministro de Salud,
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.*



introducción

Claudio Bloch

*De todo, quedaron tres cosas:
la certeza de que estaba
siempre comenzando,
la certeza de que
había que seguir
y la certeza de que sería
interrumpido antes de terminar.
Hacer de la interrupción
un camino nuevo,
hacer de la caída un paso de danza,
del miedo, una escalera,
del sueño, un puente,
de la búsqueda... un encuentro.*

Fernando Pessoa.

El propósito de esta publicación es compartir la experiencia de un equipo de personas que, trabajando dentro del sistema de salud, buscamos generar cambios con el fin de controlar el curso de la epidemia de VIH-sida. Este grupo, inspirado en la tradición latinoamericana de salud pública, que abreva en autores como Testa, Matus, Chorny, Souza Campos, Toro Papapietro y Onocko, entre otros, sostiene que el Estado tiene un rol central indelegable en la conducción de las políticas públicas y que para conseguir impactar sobre el curso de la epidemia es necesario dejar de reproducir prácticas en salud que han sido ineficaces, poder reflexionar sobre dichas prácticas e ir instaurando lógicas capaces de modificar lo que está instituido.



Pensamos que puede ser útil compartir esta experiencia con los nuevos equipos que trabajen en VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires, con programas provinciales y con programas municipales de Argentina y otras partes de América latina. También con otros equipos que dentro o fuera del Estado estén realizando tareas en el área de salud pública y VIH-sida. Esta experiencia tiene la particularidad de haber utilizado herramientas propuestas en publicaciones por la OMS y Onusida pero que han tenido escasa aplicación práctica en programas de sida jurisdiccionales: a) desarrollo de acciones producto de un proceso de planificación estratégica (que incluya objetivos, estrategias, acciones y planes operativos); b) alto compromiso de las máximas autoridades políticas con la gestión; c) trabajo intersectorial con inclusión de sectores tanto del Estado como de la sociedad civil; d) manejo presupuestario. En este sentido, entendemos que la difusión de un proceso que ya lleva siete años resulta un aporte a la literatura producida en la región sobre el tema.

Colabora para entender la tarea que llevamos a cabo el concepto de doble finalidad propuesto por Sousa Campos (2000)¹. Este autor plantea que, por un lado, se debe asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización: “producir salud” y, por otro, permitir y estimular a los trabajadores a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión y de realización profesional y personal. En nuestro caso, la misión (el objetivo primario) es controlar la epidemia de sida. Esta misión se sustenta en una visión que es la de apoyar la construcción de ciudadanía en los sujetos que están siendo impactados por el VIH-sida, ya sean los usuarios o potenciales usuarios de los servicios de salud, o bien, los equipos que atienden a estas personas. Aumento de la accesibilidad y desarrollo de autonomía son dos ejes que atraviesan toda la gestión de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

¹ Sousa Campos, G., *Um método para análise e co-gestão de coletivos*, São Paulo, Hucitec, 2000.

EL CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ ESTA EXPERIENCIA

Para describir la experiencia de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a partir de fines del año 2000, es necesario considerar el contexto en el que se desarrolló². En esta ciudad viven tres millones de personas (8% de la población del país), con una esperanza de vida de 72 años y un sector pobre de la sociedad (“población con necesidades básicas insatisfechas”) que aproximadamente alcanzara al 10% en la actualidad.

Dentro del subsector estatal se cuenta con 33 hospitales, 40 centros de salud (centros de Atención Primaria) y aproximadamente 28 mil trabajadores de la salud. El presupuesto asignado al Ministerio de Salud en estos últimos años ronda el 22% (570 millones de dólares) del presupuesto de la Ciudad y dentro de aquel, un dos por mil ha sido destinado para el área de sida. Es necesario hacer notar que con estos recursos no sólo se atiende a la población residente en la ciudad de Buenos Aires, sino a un importante número de personas proveniente en su mayoría del cordón que rodea la ciudad, conocido como “conurbano bonaerense”. En promedio, el 50% de la producción hospitalaria corresponde a usuarios que no residen en la ciudad.

Cuando comenzamos el proceso en el año 2000, la ciudad de Buenos Aires concentraba (y aún concentra) la epidemia más importante de sida de la Argentina desde el año 1983 (29% del total de los casos de VIH-sida diagnosticados). La información con la que contábamos a inicios de esta experiencia mostraba que en el año 2000 había una tasa de mortalidad por sida de 8,8 por cada cien mil habitantes; una incidencia anual de casos de sida de 130 por millón (365 nuevos casos); una prevalencia en mujeres embarazadas de 1,29%; una tasa de transmisión vertical de 20%; 14 nuevos casos pediátricos anuales; no había una distribución masiva de preservativos y existían importantes dificultades en el acceso al testeo con asesoramiento confidencial y gratuito, entre otras cosas.

² La Coordinación Sida comenzó a funcionar el 1° de diciembre de 2000 y se mantiene hasta la escritura de este material, agosto de 2007. Aunque esta publicación abarca el período 2000-2006 (ya que se cuenta con indicadores de resultado hasta esa fecha), en algunos tramos se hace mención a acciones que continúan desarrollándose en la actualidad.

RESULTADOS SELECCIONADOS PERÍODO 2000-2006

Estos lineamientos invierten la lógica hegemónica de la década del 90, que proponía al mercado como actor central y al Estado desempeñando un rol subsidiario.

RESALTANDO ALGUNAS ETAPAS

12

cuanto a las políticas de salud específicamente, se hizo hincapié en el conocimiento técnico de los funcionarios, en la transparencia de la gestión y en poner como centro de las acciones el interés de los usuarios de los servicios de salud. Dentro de este esquema el tema VIH-sida fue una de las prioridades.

Durante la gestión debimos atravesar múltiples cambios en el Gobierno nacional (cuatro presidentes con sus respectivos equipos ministeriales); una profunda crisis socioeconómica; cambios en el Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad (dos jefes de Gobierno), así como de las máximas autoridades de la Secretaría de Salud⁴, hoy Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (cinco ministros, con sus respectivos subsecretarios).

La primera tarea para darle viabilidad a lo que entendíamos debía ser la política de VIH-sida en la ciudad fue generar confianza con los diversos actores, incluidas las máximas autoridades de Salud con quienes acordamos las líneas y modalidades que pensábamos llevar a cabo en el futuro.

Así como durante la primera etapa las tareas centrales fueron la construcción de confianza y la elaboración del diagnóstico y la planificación estratégica realizados colectivamente, en un segundo momento se desarrollaron una serie de acciones que fortalecieron la presencia de la Coordinación Sida e hicieron que la misma fuera conocida por la mayoría de las personas que trabajan en la temática en la ciudad y en algunos lugares del resto del país.

La viabilidad de las políticas de la Coordinación estuvo sustentada en las acciones emprendidas y en el interés reiterado del jefe de Gobierno hacia la problemática del VIH-sida, no siempre acompañado por las autoridades del Ministerio de Salud de la ciudad. De esta dinámica (interés/desinterés; jefe de Gobierno/ministro) resultó un desarrollo del área con bastante autonomía, que debimos ir apuntalando con demostraciones del impacto de la gestión.

⁴ A partir de comienzos de 2006 las secretarías del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires adquirieron el rango de ministerio y, por ende, los secretarios pasaron a denominarse ministros.

Un párrafo aparte merece la crisis socioeconómica de 2001-2002, que terminó de producir el derrumbe económico de la Argentina y la caída de las autoridades políticas nacionales (cuatro presidentes en menos de un mes). Esta debacle no sólo modificó, entre muchas otras cosas, las líneas de trabajo de la Coordinación, sino que además exigió redireccionar las expectativas del equipo que estaba conduciendo el proceso de gestión.

La magnitud de la crisis hizo que ningún área del Gobierno de la Ciudad quedara exenta de trabajar en este nuevo escenario de mayor pobreza, exclusión y desocupación con aumento de la ruptura de los lazos de contención social. El Ministerio de Salud en su conjunto se puso en movimiento para evitar que sus instituciones (hospitales y centros de salud) quedaran sin insumos, lo que hubiera significado la caída de un sistema que en ese momento servía de colchón a amplios sectores de la sociedad que habían perdido su trabajo, sus seguros de salud y su capacidad de pago a sistemas médicos privados.

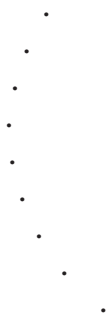
Con el correr del tiempo se fue consolidando la propuesta de la Coordinación Sida basada en una construcción colectiva de la visión estratégica; un equipo de gestión interdisciplinario con amplia experiencia en la temática; tareas centradas en los equipos, tanto del nivel central como de los efectores locales; una escucha atenta a las demandas de las organizaciones de la sociedad civil y del Estado; un fuerte apoyo político (con disponibilidad presupuestaria); dispositivos orientados a favorecer los cambios necesarios para controlar la epidemia de VIH-sida y, fundamentalmente, la continuidad tanto del equipo como de la política establecida.

Este proceso de gestión y algunos indicadores de resultados que muestran coherencia con los objetivos planteados desde el inicio están sustentados en la construcción y reconstrucción de una mística grupal que desborda el equipo de la Coordinación de Sida para ir em-

barcando más y más actores. También se apoyan en una capacidad de adecuación activa a los cambios de contexto y en una lógica de gestión que intercala los espacios formales con los informales y que tiene siempre presente que delante, al costado y detrás de cada acto administrativo, hay personas con sueños, frustraciones, alegrías y tristezas. Este trabajo muestra una manera de hacer las cosas, una forma de gestionar en el campo de la salud pública de la Argentina que tiene como objetivo principal la democratización de las prácticas en las instituciones de salud.



Las personas · (Quiénes)



Claudio Bloch

ASÍ EMPEZÓ EL EQUIPO

Uno de los primeros pasos que dimos a fines del año 2000 fue conformar un equipo interdisciplinario. La magnitud de la tarea que nos proponíamos (controlar la epidemia en la ciudad) requería de un conjunto de personas con diferente tipo de formación pero que compartieran la mirada sobre la forma de trabajar en el campo del VIH-sida.

El armado de un nuevo equipo dentro del Estado puede darse bajo la estrategia de convocar a “expertos” que no son parte del sistema o recurriendo a agentes del propio sistema de salud con experiencia en el tema. El primer camino acarrea la dificultad de que los “nuevos” conocen la problemática y la manera de abordarla pero desconocen el escenario principal donde se desarrollarán las acciones, en nuestro caso el sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires, a lo que se suma que pueden ser visualizados por los trabajadores del sistema como “extranjeros” y, por lo tanto, con desconfianza para el trabajo conjunto. Aquí también podemos hacer una distinción entre los “nuevos” con experiencia en gestión y aquellos que no la tienen, ya que, aun desconociendo el escenario, los primeros pueden aportar un “saber hacer” y enriquecer la mirada del grupo con estrategias aprendidas en otros escenarios.

El segundo camino –la promoción de agentes del propio sistema de salud– implica acuerdos con las instituciones del propio sistema (los hospitales o los centros de salud) en las que estos trabajadores prestan servicios, para que formen parte del nuevo proyecto. Esto es bastante difícil en estructuras que no tienen instituido el pasaje de los agentes por distintos espacios de trabajo aun cuando sea dentro de las instituciones del propio Ministerio de Salud. La cultura instalada y los mecanismos administrativos establecen que, por ejemplo, un agente que ingresa para trabajar en un centro del primer nivel de atención, quedará allí para siempre, aun cuando ese centro sea parte de un

hospital que a su vez depende del sistema de salud que gerencia el Ministerio de Salud. Esto es así porque el “sistema” no funciona ni existe como tal en la cabeza de la mayoría de los responsables de gestionar las unidades que lo integran. En general, las autoridades viven la promoción de los trabajadores a su cargo como una pérdida. Quien está en un nivel de la estructura ve la integración vertical del sistema hacia abajo pero no hacia arriba. Por otro lado, no es posible olvidar que los obstáculos para nombrar nuevo personal pueden dejar a algunos servicios desguarnecidos. Estas dificultades del sistema para nutrirse de personal propio da lugar a que sea muy común que las nuevas gestiones, si cuentan con recursos económicos para hacerlo, recurran a la contratación de técnicos externos.

En el caso de la Coordinación Sida, establecimos un mecanismo de selección de profesionales y administrativos que ya se encontraban trabajando en el sistema de salud e incorporamos muy pocos trabajadores externos. El primer equipo convocado por el Director General –médico especialista en Epidemiología y máster en Ciencias Sociales con algunos años de experiencia en la temática (Programa Nacional) y de gestión (Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires)–, lo conformaron ocho personas del sistema y cinco de fuera del sistema. Los que “ya estaban” incluían: una antropóloga y dos administrativos que venían trabajando en el Programa de Sida de la ciudad, que estaba siendo reemplazado en ese momento por la nueva Coordinación; dos médicos infectólogos provenientes de los principales hospitales de referencia en VIH-sida en la ciudad (Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz y Hospital General de Agudos J. M. Fernández), una médica sanitarista, un médico generalista y una psicóloga, los tres con experiencia en la temática desde niveles locales. “Los que llegaron” eran: un médico infectólogo y un sociólogo que habían trabajado junto con el Director General en el Ministerio de Salud de la Nación (en el Proyecto Lusida de prevención del VIH-sida) cuya *expertise* estaba

en el campo de la organización de los servicios de salud y el VIH y en comunicación social en VIH-sida. El equipo se completaba con tres administrativos

Con el tiempo, este primer equipo fue creciendo en cantidad de integrantes y en variedad de las disciplinas. Manteniendo la doble modalidad de, por un lado, captación de personas dentro del sistema de salud y, por otro, de incorporación de profesionales con experiencia externos al sistema, a fines del año 2006, la Coordinación contaba con veintinueve miembros: cinco médicos (cuatro con formación de posgrado en Salud Pública); una bioquímica (con un máster en Ciencias Sociales); un farmacéutico; seis psicólogas (una de ellas con un doctorado en Salud Pública y tres cursando posgrados de Salud Pública); dos licenciadas en Ciencias de la Educación y dos antropólogos (los cuatro con posgrados en Educación para la Salud, y uno de los antropólogos con un máster en Ciencias Sociales); un licenciado en Comunicación Social; una periodista; un sociólogo especialista en comunicación en VIH-sida; un profesional del área de la cultura con experiencia en coordinación de grupos de apoyo a personas viviendo con VIH-sida; una profesora especialista en educación, sexualidad y VIH-sida, del Ministerio de Educación; y siete administrativos. Una característica de este grupo de trabajo es que no sólo contempla la diversidad disciplinar y de trayectorias profesionales, sino también de género, generacional y sexual. Asimismo, el 14 por ciento ha sido afectado en términos personales por el VIH-sida. Entendemos que esta diversidad enriqueció notablemente al grupo.

ALGUNOS RUIDOS Y CONFLICTOS

El crecimiento que describimos, sobre todo durante los primeros tres años de gestión, no se ha dado sin altas y bajas de personas, cambios en las modalidades de trabajo que luego desarrollaremos y en una serie de ruidos o conflictos en los que nos gustaría ahondar. La conformación de un equipo, casi invariablemente, da paso a la estructu-

ración de subgrupos que se organizan por conocimiento y confianza previa, por afinidades afectivas y por modalidades y compromiso al encarar la tarea. Esto genera competencias que en muchos casos, como en el nuestro, provocan tantas dificultades como beneficios. Los ruidos y conflictos que mencionaremos se dieron básicamente en el primer período de la Coordinación, que fue el de su instalación (2000-2003). No es que en los años subsiguientes no existieran problemas dentro del equipo, pero en la etapa de afianzamiento de las políticas (2003-2006) se dio una mayor homogeneización en las modalidades de trabajo, producto de los aprendizajes realizados durante la primera etapa.

a) Las diferencias en el grado de compromiso

En parte, estas confrontaciones encontraron algún sustento en las diferencias con respecto a la carga horaria de los distintos miembros del equipo. En ese sentido uno de los ruidos por los que debimos atravesar fueron las diferencias entre quienes trabajaban tiempo completo, quienes lo hacían con tiempo parcial (la mayor parte de los que trabajan en el sistema de salud de la ciudad de Buenos Aires) y algunos con pocas horas de trabajo compartido. También las desigualdades en la retribución monetaria, en muchos casos ajenas y previas a la conformación de este equipo, fueron elementos que aumentaron los ruidos existentes.

Una variable importante a tener en cuenta es el tipo de apropiación subjetiva de la tarea. Una parte de nuestro equipo puso, además de su saber técnico, pasión y compromiso; otra, sólo el conocimiento. Para algunos fue sólo compartir el trabajo, para otros la labor estaba dentro de una mística entendida como un compromiso con la vida. En este sentido, resultan esclarecedoras las palabras de Chorny (1996) en relación a la conformación de equipos, quien dice:

No existen equipos de pares. En todos y cualquier momento, desde un equipo de fútbol hasta las cuestiones

que se plantean dentro de una casa, en algún momento alguien tiene que tomar decisiones y responder. En la actualidad hay una tendencia, en un mundo cada vez más conflictivo, a descargar en el equipo toda discusión para llegar a la decisión. El equipo no se integra sólo por la discusión, se integra previamente, en la selección. El equipo se forma entre gente que tiene afinidad. No es posible un equipo en el que todos sean los mejores. Siempre alguien es el peor en algún tipo de cosas. El equipo es fundamental, y se constituye previamente y se refuerza a lo largo del tiempo. ¿Es posible que todos trabajen en el mismo sentido, con la misma intensidad, potencia y gusto durante todo el tiempo? No.

Cohesionar el grupo en torno a la convicción de que nuestro trabajo es una “lucha en defensa de la vida” (Souza Campos, 2001: 101-142), más allá de los modos en que cada uno vive su trabajo, es una tarea que aún hoy nos lleva a preguntarnos una y otra vez sobre el modo de accionar desde, en y con los equipos.

b) Los que representaban el viejo programa vs. el nuevo equipo

Este fue uno de los conflictos centrales, ya que la desconfianza entre un grupo y otro (los nuevos y los viejos) y el desconocimiento mutuo sobre los respectivos saberes y experiencias retrasaron un largo período de aproximadamente un año y medio la integración de los dos componentes en un mismo equipo; es decir, hasta empezar a vernos y pensarnos como un “nosotros”. A ello se sumaba que hasta mediados de 2006, la Coordinación Sida funcionaba en dos sedes: el hospital Muñiz (donde estaba lo “viejo”) y el edificio del Ministerio de Salud (donde estaba lo supuestamente “nuevo”).

En el hospital Muñiz se concentraban las tareas vinculadas a la recepción y distribución de medicamentos, reac-

tivos, el área epidemiológica y el área de atención a los hospitales (tareas que estaban básicamente a cargo de administrativos y profesionales del área biomédica). La otra sede se encuentra en el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) ubicado en una calle céntrica, a metros del Obelisco. En este edificio se encuentran las oficinas del Director General y funcionan las áreas de prevención, de educación y de comunicación social.

Este conflicto fue recreado luego entre los dos lugares, ya no como lo viejo y lo nuevo, sino como lo médico-administrativo con sede en el hospital Muñiz (lejano al poder central) y lo preventivo con sede en el Ministerio de Salud (cercano al poder central). La idea de un “poder central”, muy arraigado entre los trabajadores del Ministerio de Salud, supone que cuanto más cerca se esté del Director (en este caso el Director General de Sida) y este de la máxima autoridad de salud, más cerca se está del centro del “Poder”.

Desde mediados de 2006 toda la Coordinación Sida está concentrada en el Ministerio de Salud de la Ciudad.

Este conflicto en torno a la fragmentación que existía en el equipo terminó de resolverse, entonces, cuando todos los integrantes pasaron a compartir un mismo espacio. Para nosotros, entender, elaborar e intentar resolver este tipo de ruido ha sido un desafío que nos permitió estar alerta y contribuir no sólo a fortalecer nuestro equipo, sino también para comprender mejor la realidad de los equipos locales con quienes trabajamos.

c) La escasa experiencia en gestión de la mayor parte del equipo

Cuando elegimos a las personas que conformarían el equipo de gestión, priorizamos que tuvieran experiencia en el trabajo en sida. La misma era disímil, ya que algunos provenían del área asistencial, otros del trabajo en organismos no gubernamentales, otros del trabajo en prevención desde experiencias locales, y muy pocos tenían una

experiencia en la gestión en un nivel central. Esto se evidenció en situaciones y actitudes que tuvimos que ir corrigiendo: a) cómo pensar lo que otros debían hacer, sin hacerlo uno; y b) cómo incorporar al saber técnico cierto saber político necesario para cualquier gestión. Es decir que más allá de las lógicas para trabajar sobre la epidemia, hubo que incorporar nuevas lógicas que varios miembros del equipo jamás habían transitado. En ese sentido se fue construyendo una manera de gestionar que se basó en depositar confianza en otros y tener la suficiente paciencia para saber acompañar procesos durante el tiempo que fuera necesario. Este “dejar hacer” no debe ser confundido con un abandono. Acompañar las acciones ejecutadas por otros actores sirvió para incorporar lógicas de conducción y poder pasar de una mirada centrada en “estoy solo y tengo que hacerlo todo” a mirar al conjunto de los efectores y de los actores como parte de un sistema de relaciones con objetivos comunes.

Una de las herramientas utilizadas para fortalecer la capacidad de gestión fueron las reuniones de equipo. Fueron pensadas como encuentros mensuales en los que cada integrante compartía con el resto sus tareas, sus logros y dificultades (como la ronda de algunos institutos escolares), y donde, al mismo tiempo que el equipo se ponía al día sobre las actividades de cada uno de los integrantes, aprendía sobre cómo lidiar con los problemas. En la actualidad estos encuentros siguen teniendo la triple finalidad de comunicación, resolución conjunta de problemas y aprendizaje. Visto retrospectivamente, a lo largo de los años se fue fortaleciendo cada vez más la capacidad analítica del colectivo y de cada integrante sobre los escenarios, actores, marco político e institucional, y el papel que juegan en los procesos de gestión en salud.

Otro de los problemas que se presentaron, sobre todo al comienzo, fue la sobrestimación de las fuerzas propias, basada más en el deseo del equipo y en un estilo voluntarista que en una real dimensión de los escenarios, el poder

y capacidad de los otros actores, e incluso de nuestros propios saberes.

Por otra parte, intentamos desarrollar una modalidad de construcción que incluyera propuestas democráticas y horizontales en instituciones con una larga historia de trabajo con metodologías verticales y, en algunos casos, autoritarias. Esta apuesta a la participación y a la proactividad generó conflictos para muchos actores locales que pueden visualizarse (estereotipadamente) en el siguiente escenario: “¿Qué hacer cuando puedo hacer? ¿Cuando el problema no es de recursos? ¿Cuando no tengo que preguntarle a mis jefes? Cuando me preguntan «¿qué querés hacer vos para gestionar mejor?»”. Hoy continuamos transitando este camino. Trabajar en la tensión entre estructuras institucionales autoritarias (verticales) y desarrollos programáticos democráticos (horizontales) es un desafío continuo.

d) La dificultad para asumir algunas responsabilidades propias de los cargos de conducción de algunos miembros del equipo (o de otra manera, la escasa experiencia en puestos de conducción)

Tomar decisiones es definir prioridades y esto significa no poder complacer a todo el mundo. La historia del trabajo en organismos gubernamentales está plagada de expedientes que pasan de oficina en oficina, de escritorio en escritorio, sin que nadie tome decisiones, y dejando que “otros” sean los responsables de “quedar mal con alguien”. Elegir un proyecto novedoso nos obligó a tomar decisiones, no siempre correctas, sobre terceras personas, pero tuvimos que aprender que era mejor tomar alguna iniciativa, aunque no fuera del agrado de todos, que quedarnos inmóviles. Al respecto, Onocko (2002) plantea:

En el modelo gerencial que proponemos, el gerente se verá frecuentemente confrontado con cuestiones surgidas de la grupalidad, de las lógicas de producción de subjetividad institucional, que lo colocarán en la difícil

posición de gobernar (por lo menos su espacio micropolítico...). Entre el autoritarismo y la omisión, ¿cuál es la distancia justa? Esa distancia justa está, para mí, en la afirmativa freudiana de la imposibilidad. O sea, nunca podremos establecer a priori esa distancia, no hay técnica que pueda dar cuenta de esta cuestión y si es así —o sea, si no hay una técnica que pueda dar cuenta de esto—, entonces, es imposible que pensemos en esto como en una distancia justa, sin dudas, incertezas, angustias.

Esto nos llevó a modificar muchas veces el curso de nuestras tareas y a darnos cuenta de que era imprescindible imponer autoridad, sin que esto significara ser autoritario. Hay que rescatar la función de autoridad pues el gerente, dice Chorny (1996), es responsable del conjunto de acciones de la organización. Él y sólo él. Su responsabilidad implica tomar decisiones. Reformular las estrategias a partir de los aciertos, errores e imprevistos ha sido una metodología que utilizamos una y otra vez. Tuvimos miedo a equivocarnos y nos equivocamos en más de una oportunidad, pero vale la pena traer a colación un dicho popular que nos acompañó durante toda la gestión: “El problema no es meter la pata, sino sacarla rápido”.

e) La dificultad para aceptar que no todos quieren incorporar nuevas lógicas de trabajo

En el proceso de estos seis años pasaron por el equipo de la Coordinación personas que no respondían al criterio inicial del armado del grupo sostenido en una mirada compartida sobre la forma de trabajar con el VIH-sida. Algunos de ellos provenían del ámbito de la política, otros del sector gremial. La lógica con la que se incorporó a estas personas era la de aumentar la base de sustentación del proyecto de la Coordinación Sida y disminuir potenciales conflictos con ciertos actores sociales capaces de favorecer o entorpecer nuestra tarea. Se intentó sumarlos a la modalidad de trabajo basada en el diálogo horizontal, y los

resultados fueron disímiles. Algunos no compartieron nuestra mirada de gestión estratégica y participativa y terminaron abandonando el equipo de la Coordinación. Con otros acordamos una convivencia sostenida en el compromiso con la tarea. Aprendimos que podíamos no compartir ideales sobre cómo enfrentar la epidemia del sida, y sin embargo, en lo que llamamos un camino pragmático, pudimos trabajar codo a codo en el devenir cotidiano. Lo instituido y lo instituyente tienen algunos grados y espacios de complementariedad que es necesario reconocer.

Aceptar que no todos están dispuestos a ser promotores de cambios ha sido uno de nuestros desafíos y nuestros límites. Ser respetados, aunque no necesariamente seguidos en nuestra modalidad de gestión, es parte de nuestro éxito como equipo. Mostrar a aquellos que trabajan en VIH-sida que se pueden hacer las cosas de maneras diferentes a las tradicionalmente establecidas es un logro a seguir alimentando.

RESUMIENDO EL CAMINO

Uno de los temas centrales que debemos evaluar dentro de una gestión está dado por el trabajo en equipo, sus logros y sus dificultades. Los equipos no existen a priori, más allá de que haya grupos de personas desarrollando tareas similares en el mismo lugar de trabajo.

La incorporación de personas a lo largo de estos años de gestión nos obligó una y otra vez a recontarnos la historia de la Coordinación, ya que es muy difícil avanzar o incluso permanecer en un proceso sin saber de dónde se proviene. El primer paso, al hacernos cargo la Coordinación Sida, fue la conformación de un equipo de trabajo. Esta decisión no se basó en las recomendaciones de los manuales de gestión sino en entender, y básicamente sentir, que no hay otra manera de producir cambios sustanciales si no es construyéndolos colectivamente.

La decisión de trabajar en equipo tiene fortalezas tales como el aporte de los distintos saberes que, cuando no en-

tran en competencia, implican un crecimiento geométrico. Pero también tiene sus debilidades, derivadas de que los “otros” piensan distinto, miran distinto, sienten distinto y muchas veces, ponerse de acuerdo en torno a estas diferencias así como en la distribución de trabajo lleva tiempos prolongados que contrastan con los tiempos de la gestión, que son siempre cortos.

Trabajar sin equipo permite elegir desde una sola mirada, lo cual significa ahorro de tiempo. Cuando se es más de uno, primero debemos ponernos de acuerdo y muchas veces lo que uno solo hubiera elegido como primera acción, se debe postergar a un tercer o cuarto lugar. La construcción conjunta lleva un tiempo extra que, de acuerdo a la transigencia o intransigencia de los actores, se puede extender más o menos. Pero la riqueza de la construcción conjunta vale más que el tiempo: construye fuerza, agrega consistencia al producto y genera efectos de cascada (el mensaje se expande en varias direcciones).

La construcción de equipos de trabajo debe ser pensada de acuerdo al contexto, a los objetivos, a los tiempos, y a la disponibilidad de los sujetos. En nuestro caso, en la elección del equipo se fue gestando una manera de “hacer la gestión”, una apuesta a la confianza en un grupo de personas que no habían trabajado juntas y en muchos casos no se conocían. Confianza que radicaba en compartir un modo de entender el trabajo en VIH-sida.

Una de las premisas que configuran este modo de trabajo es el respeto por el otro: primero somos personas y luego técnicos en salud que a su vez trabajamos con personas, y nuestro accionar tiene que estar orientado en consecuencia. Si entendemos el trabajo en salud como la defensa de la vida, el cumplimiento de esta premisa es imprescindible no sólo para actuar en sida sino en cualquier área de la salud pública. En el plano laboral, el otro, en tanto sujeto a quien van dirigidas nuestras prácticas, debe ser considerado con una importancia no menor a la que nos damos a nosotros mismos.

Otra característica fundamental en la conformación del grupo, más allá de la experiencia, fue la disposición para transitar nuevos desafíos, como la mencionada construcción de un equipo de trabajo o la realización de tareas que la mayoría de nosotros nunca había hecho y no estaban dentro de nuestro horizonte cotidiano.

Este equipo y sus modalidades de funcionamiento tuvieron que ser contruidos y reconstruidos. La reconstrucción es, en realidad, permanente porque permanentes son los movimientos laborales y libidinales de los integrantes, que no siempre van en un mismo sentido ni con las mismas ganas. El movimiento constante en función de alcanzar un objetivo y lograr cierto producto es una impronta de la Coordinación Sida, y ese producto tiene en cuenta a los usuarios del sistema de salud, a los distintos equipos con los que trabajamos y al propio equipo de gestión. La satisfacción de los tres es imprescindible para que el trabajo tenga impacto.

Con el correr del tiempo y la multiplicación de las actividades, fue necesario incorporar nuevos profesionales. En este caso la elección recayó en personas que contaban con alguna experiencia laboral y de formación en el marco de la Coordinación Sida. Las primeras incorporaciones tuvieron lugar durante las grandes dificultades producto de la crisis socioeconómica que vivió la Argentina entre fines de 2001 y principios de 2002. Las tensiones sociales producto de la crisis sumaron nuevos ruidos en el equipo, ya que un grupo centró su mirada en el impacto en el VIH y otro planteó la necesidad de basar la intervención en un apoyo social más amplio.

Otro de los problemas que debimos atravesar fue la confusión que produjo en algunos de los miembros del equipo el excesivo trato informal por parte de la conducción hacia el resto de los integrantes, la dificultad para poner límites, y por momentos una tendencia a “complacer” a todos por igual, sin tener en cuenta las experiencias y los saberes diferentes. Como producto de estas debilida-

des en la conducción se produjeron reuniones de equipo que, en lugar de mantener la estructura de reuniones de trabajo, pasaron a ser “encuentros terapéuticos”, en los que se antepusieron los estados subjetivos de los integrantes por sobre la tarea, con las consiguientes implicancias negativas tanto para los productos esperados como para el propio grupo. Poder reestablecer ese espacio para priorizar las acciones en salud, sin por ello dejar de tener en cuenta los aspectos subjetivos de los miembros del equipo, fue uno de los aprendizajes más ricos de estos años.

Crear que la horizontalidad puede ser absoluta instala un falso supuesto. Cada sujeto tiene un lugar, por su historia y por su contratación administrativa diferente, y eludir estas condiciones materiales ha llevado en más de una oportunidad a que los responsables de áreas no se hicieran cargo de ciertos conflictos. Existen las diferencias de poder, y es necesario explicitarlas. El Director General no tiene la misma responsabilidad ni recibe igual remuneración que un profesional recién ingresado. La autonomía en el trabajo no significa abandonar a cada miembro del equipo a su exclusivo saber y entender. Autonomía con responsabilidad es el modelo que estamos desarrollando y desde el que enfrentamos permanentemente al muy instalado paradigma en salud de la verticalidad absoluta.

La propuesta teórica de Sousa Campos (2001: 101-142) nos puede ayudar a entender este problema central en todo proceso de gestión. Este autor, siguiendo a Guattari y Deleuze, plantea:

Los procesos de trabajo estructurados según la directriz de autonomía profesional propenderían hacia el polo esquizoide de las organizaciones sociales. Y la atribución de responsabilidad por parte de las instituciones representaría el otro polo con características paranoicas... Aun cuando el contrato de trabajo resultase de discusiones democráticas, siempre existirá el

momento de imposición del programa (...) En estos casos, se estará haciendo uso de esquemas verticales de dirección (...) En principio, no habría por qué considerar algunas de estas alternativas superiores a otras. Por otro lado, valdría la pena enfatizar que el equilibrio no representará, necesariamente, el punto ideal de funcionamiento. Guattari sugería la necesidad de que se busquen o que se construyan, en cada momento, líneas de transversalidad entre los polos paradójales de las instituciones.

La horizontalidad, la gestión democrática, el respeto por las experiencias y los saberes, las decisiones que en algún momento los responsables deben tomar y de las que deben hacerse cargo, el trabajo permanente con los sujetos y sus pasiones no necesariamente altruistas, son algunas de las cuestiones que vamos trabajando, resolviendo y no resolviendo todo el tiempo, en pos de un aprendizaje que nos permita definir cuáles son las mejores estrategias de gestión para cada proceso en particular.

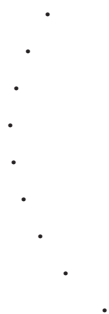


BIBLIOGRAFÍA

- Chorny, A., *Gerencia estratégica de servicios de salud*, Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.
- Onocko Campos, R., *O Planejamento no labirinto. Uma viagem hermenéutica*, Tese de Doutorado, DMSP/ FCM/ Unicamp, 2002.
- Sousa Campos, G. W., "Subjetividad y administración del personal: consideraciones sobre el trabajo en los equipos de salud". En *Gestión en Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.



Las formas · (Cómo)



Claudio Bloch

DESDE EL COMIENZO: MARCO DE UNA GESTIÓN TRANSVERSAL Y PARTICIPATIVA

El proceso de gestión desarrollado por el equipo de la Coordinación Sida en el período 2000-2007 se sostuvo sobre tres ejes básicos: el apoyo político, la modalidad de trabajo y la continuidad del equipo de gestión.

Hasta fines del año 2000 existía en la ciudad de Buenos Aires un Programa de Sida con escaso desarrollo tanto en el nivel de la estructura jerárquica que ocupaba como en la cantidad de integrantes (dos profesionales y dos administrativos). Lo mismo sucedía con las acciones que llevaba a cabo (básicamente distribución de medicamentos, vigilancia epidemiológica y acciones de prevención fragmentadas y carentes de impacto). Al asumir el Gobierno de la ciudad el doctor Aníbal Ibarra, definió el tema sida como una de las prioridades en el área de la salud.

Como expresión del interés de la nueva gestión en el problema, en noviembre del mismo año se creó una nueva estructura para reemplazar el Programa de Sida. La misma adquirió el rango de Dirección General, con dependencia de la Subsecretaría de Servicios de Salud, que a su vez reporta a la máxima autoridad en salud del distrito. Esta nueva estructura pasó a llamarse Coordinación Sida, y se le otorgó un presupuesto. De acuerdo con el decreto (N° 2137) que le dio origen, su finalidad fue la de coordinar todos los programas y ejecutar todos los convenios suscriptos por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires relativos a prevención y tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido. Resulta evidente que el decreto se hacía eco de la necesidad de concentrar en una misma área las acciones dispersas que estaban llevando a cabo distintos organismos de la ciudad.

Como una estrategia que anticipaba lo que iba a ser nuestra modalidad de trabajar la temática sida, se le presentó al entonces ministro de Salud de la ciudad una propuesta de trabajo con el fin de iniciar la gestión en un

marco de acuerdos programáticos. Esta manera de abordar la gestión, centrada en objetivos y metodologías acordadas por mecanismos de consenso, debió ser refrendada con cada uno de los cinco ministros que se sucedieron entre los años 2000 y 2007.

Haber sostenido, pese a los cambios de gestión, los mismos lineamientos propuestos en el año 2000 muestra una continuidad de las políticas públicas en VIH-sida y es uno de los pilares de los resultados obtenidos en relación con el control de la epidemia en la ciudad de Buenos Aires. Estos lineamientos pueden resumirse en

- Abordaje multidisciplinario de la problemática VIH-sida.
- Establecimiento de líneas de acción interinstitucionales (Salud, Educación, Justicia, Promoción Social, provincias, municipios del Gran Buenos Aires).
- Fortalecimiento del trabajo en red en el terreno preventivo, asistencial y de laboratorio.
- Trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil.
- Incorporación al trabajo de personas viviendo con VIH-sida (PVVS).
- Trabajo en prevención sobre los ejes: promoción y accesibilidad a preservativos; promoción y accesibilidad al testeo voluntario; reducción de daños; tratamiento para mujeres embarazadas VIH positivas.
- Trabajo en atención sobre la accesibilidad a los tratamientos. Provisión y simplificación del trámite. Adherencia a los tratamientos.

En líneas generales se desarrollaron a partir de la organización de cuatro áreas de trabajo: Asistencia, Prevención, Estudios Epidemiológicos y Comunicación Social. El esquema completo de esta propuesta puede leerse en el Anexo 1.

El modo de gestión al que hacemos referencia se

apoyó, por un lado, en la bibliografía, lo que damos en llamar “lo que está en los manuales de planificación y salud pública”; por otro lado, en los aprendizajes que fuimos haciendo a partir de la práctica y que no figuran en esos manuales. Ejemplos de estos aprendizajes son cómo ejecutar un presupuesto, cómo utilizar los mecanismos informales para avanzar en la toma de decisiones, cómo lidiar con las corporaciones; cómo ir adaptándose a los escenarios cambiantes sin perder la esencia del proyecto.

Cómo se fue haciendo en la práctica

La primera acción fue visitar a los equipos que venían trabajando la temática en los hospitales de la ciudad¹, desde organizaciones no gubernamentales y desde otras áreas del Gobierno de la Ciudad. En todos los casos el contacto tenía el doble objetivo de hacer una presentación del nuevo equipo de gestión y sus propuestas, y al mismo tiempo ir construyendo un diagnóstico compartido (“diagnóstico participativo”) de la situación de la epidemia y de la respuesta dada hasta entonces. Podríamos resumir los resultados de los múltiples encuentros desarrollados entre diciembre de 2000 y abril de 2001 en el siguiente esquema: a) presentación, b) propuestas a futuro, c) escucha del relato de la situación de cada institución, y d) asunción de compromisos de gestión.

Resultados del diagnóstico

Durante las primeras visitas a los hospitales, la intención fue mantener conversaciones con los equipos de salud: conocernos y escucharnos. Este hecho marcó una ruptura con la modalidad de vinculación instalada hasta entonces, a través de la que se convocaba a los equipos sólo para que fueran a informarse sobre medidas decididas en otros niveles. Este primer paso de escuchar a los equipos y su visión sobre los problemas –falta de algunos insumos básicos, difícil accesibilidad a algunos estudios que se realizaban en la ciudad, exceso de trámites para las personas viviendo

¹ El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 33 hospitales. La atención de personas con VIH-sida se realiza en todos ellos, pero se concentran en los 13 hospitales generales de agudos, en 3 hospitales pediátricos, en un hospital especializado en enfermedades infecciosas y en 4 hospitales de salud mental.

con VIH que requerían atención, escasa actividad en tareas de prevención, desconocimiento de los “otros” que trabajan el problema dentro de las instituciones– permitió no sólo elaborar un diagnóstico sino comenzar a generar un espacio de confianza entre los equipos y la Coordinación Sida.

Una parte de los problemas manifestados por los equipos de hospitales y centros de salud estaba estrechamente vinculada con deficiencias en el funcionamiento estructural del nivel central hasta ese momento, tales como el desconocimiento de las acciones realizadas en los niveles descentralizados y la escasa comunicación con las instituciones de esos niveles, entre otros ejemplos.

También aparecieron nuevos problemas, como la desconfianza hacia el discurso de la Coordinación (desconfianza fundada en una historia de compromisos incumplidos de las sucesivas gestiones), el desacuerdo con algunas formas de abordaje planteadas por este nuevo equipo –entre las que se incluyen la propuesta de trabajar junto con otros miembros del equipo de salud que tradicionalmente no habían atendido la temática VIH-sida–, centrar la mirada de las instituciones en los usuarios y no a la inversa y tender a la democratización de las prácticas en salud.

Modalidad de gestión estratégica y participativa

La forma de abordaje propuesta a los equipos de salud en el diagnóstico participativo forma parte de una modalidad estratégica y participativa (Toro Papapietro, 2000). Para este autor, especialista en planificación, la gestión es un tema de las personas, en un tipo de relación social particular que ocurre dentro de las organizaciones, y entre estas y su entorno externo. Este énfasis en las personas es muy importante, pues los asuntos de las organizaciones pasan por quienes actúan y trabajan en ellas, desde sus particulares historias, culturas, experiencias, prejuicios, deseos, motivaciones y poderes. La gestión y la aplicación de técnicas de planificación son muy diferentes si se realizan desde concepciones autoritarias y verticales; o bien, desde

posturas que promuevan la participación y las relaciones de una manera más horizontal.

Difícilmente se encontrarán herramientas de gestión que sean por sí mismas participativas, flexibles, o todo lo contrario. En este sentido, hay muchas formas de entender la participación. En el caso de la gestión estratégica, la misma es inseparable de una actitud proactiva, que tiende a que los actores adopten un enfoque de largo plazo, con visualización de objetivos y metas. Su norte es actuar para viabilizar el logro de esas metas, a través de la anticipación a los acontecimientos; aprovechar las corrientes de cambio, las oportunidades y hacer que las cosas sucedan.

Entendiendo que el corazón de las organizaciones son las personas, la institución entrega bienes y servicios, según su finalidad, de acuerdo a intereses, deseos y necesidades de los individuos; y los compatibiliza con criterios técnicos y profesionales, en una relación participativa, progresivamente horizontal y potenciadora de otra calidad de relación entre la institución y la población.

Incorporamos en este punto la propuesta de Sousa Campos (2000), quien propone repensar el significado y el modo como se organiza el trabajo y entender que tiene una triple finalidad:

- 1 • Se trabaja para otros (producción de valor de uso, mirando necesidades sociales).
- 2 • Se trabaja para uno mismo.
- 3 • Se trabaja para algún colectivo: organización pública, capital, sociedad.

En otras palabras, la producción de bienes y servicios necesarios para el público, el cuidado de la constitución del sujeto y de los colectivos donde estos sujetos desarrollan sus prácticas (institución) es parte de nuestra tarea. En lo específico significa atender las necesidades de salud de la población y acompañar a las personas y a los equipos que están atendiendo esas necesidades a fin de que desarrollen su trabajo en las mejores condiciones posibles.

Uno de los ruidos que aparecen cuando se explicita una nueva manera de trabajar –y la nuestra lo era– es el temor al cambio. Temor que en muchas oportunidades es más una respuesta a fantasmas que a obstáculos o amenazas reales. En nuestra experiencia esto significó que con cada acto, o con cada nueva tarea emprendida, el equipo tuviera que lidiar con esos miedos, aun cuando se tratara de pasos pequeños.

En ciertos momentos el equipo presentó debilidades producto del cansancio, ya que cada propuesta requería tareas previas de sensibilización que insumían un tiempo no menor, pero que eran centrales para que las nuevas acciones no fueran rechazadas a priori.

Por otro lado, existe en las conducciones del sistema de salud una tradición según la cual la mejor gestión es aquella que no tiene conflictos². El miedo al conflicto también puede generar una parálisis que dificulte pensar nuevas modalidades de trabajo. La lucha cotidiana contra esta cultura fue la que produjo fatiga en el equipo de gestión y una preocupación por desarrollar estrategias que mantuvieran el espíritu de cambio a lo largo de estos seis años.

Algunos ejes en el marco de la gestión transversal y participativa

El esquema desarrollado por Toro Papapietro (1999) ubica en una línea de continuidad la planificación estratégica y la gestión participativa. La planificación y la gestión son etapas dentro de un mismo proceso y no puede ser aplicada una sin la otra. Dentro de esta línea conceptual hay dos ejes para resaltar: accesibilidad al sistema de salud y construcción de ciudadanía. Los mismos han sido guía de la mayoría de las acciones que se llevaron a cabo desde la Coordinación Sida.

Estos ejes requieren la revisión de la lógica de funcionamiento tradicional de los servicios de salud y los interpelan en su razón de ser. A pesar de que desde el discurso las instituciones de salud manifiestan que su mi-

² Cuestión ya planteada por Sófocles en *Antígona* (442 a.C.) en el personaje del Rey de Tebas, Creonte, cuando expresa: "Yo creo que cualquiera que reine en la ciudad, pero a buenos consejos no se atenga y por miedo, muda tenga su lengua, ha sido y será siempre el hombre más funesto".

sión es la satisfacción de los usuarios, en la práctica los servicios han crecido y se han desarrollado mirando hacia su interior y colocando en muchos casos a los usuarios como elementos externos y molestos que estarían demandando por algo que no es de su competencia.

La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (N° 153) establece, en su artículo tercero: "Que la garantía del derecho a la salud se sustenta en una serie de principios entre los cuales está la participación de la población en los niveles de decisión, acción y control, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y desarrollo". La construcción de ciudadanía es posible en tanto se ejerza efectivamente el derecho a la salud así establecido.

Sujetos autónomos que puedan ejercer control social sobre los servicios, habilitados por un marco legislativo, no son bien vistos dentro de las instituciones de salud. Antes bien, estos sujetos son pensados, en la mayoría de los casos, como una amenaza al equipo de salud. Esta percepción aumenta la distancia entre los usuarios y los servicios, y lleva a que, por momentos, los trabajadores de salud parezcan olvidar su misión. Reconstruir esa misión, que es la de producir salud e instalar una nueva modalidad de trabajo en la que las personas vuelvan a sentir orgullo y cariño por lo que están haciendo (la recuperación de una mística en el trabajo en salud), que tengan en cuenta a los usuarios, y al mismo tiempo no perder de vista la importancia de los propios equipos ha sido nuestro mayor desafío.

Una de las maneras operativas de facilitar el acceso al sistema, como forma de avanzar en la ejecución del derecho a la salud, es el trabajo en redes. Esta modalidad estuvo planteada desde la propuesta inicial de la Coordinación Sida, tanto en lo asistencial como en lo preventivo.

Es necesario aclarar que para nosotros las redes son redes de personas, lo que obliga a explicitar cuál es la posición de cada uno de los actores que construyen estas redes ante la tarea que los convoca. Cada sujeto que in-



terviene en una red tiene una ideología, una motivación y una experiencia. Para aumentar la eficacia de las acciones, parte del trabajo de la Coordinación ha sido la articulación de esas distintas miradas. Las redes son útiles en tanto se van definiendo en la construcción de una visión compartida. Esta visión compartida no se impone ni se inventa, se va descubriendo, como señala Onocko Campos (2002), en el momento de preguntarnos quiénes somos y quiénes son los otros. ¿Estamos imaginando el mismo futuro? ¿Deseamos las mismas cosas? Y en ese transcurrir de los deseos comunes dentro de las redes se irán produciendo los efectos, algunos esperados y otros inciertos.

Asumir la heterogeneidad e intentar articularla, permitiendo respuestas flexibles según las diversas necesidades de los usuarios, es apostar contra la fragmentación existente en el sistema de salud. Implica, al mismo tiempo, horizontalizar las acciones e incrementar la autonomía de quienes participan en ellas para que no queden presos de un poder centralizado y vertical.

Muchas veces, herramientas que fueron pensadas para ejercer el derecho a la salud y construir ciudadanos más autónomos han sido vaciadas de sentido por los servicios de salud y transformadas en instrumentos burocráticos. Tal es el caso del “consentimiento informado” para la realización del estudio de VIH, instrumento que en principio cuestiona todas las prácticas en salud y pone sobre la mesa de discusión la autonomía de los usuarios. La construcción de ciudadanía, desde la perspectiva de nuestra gestión, tiene como uno de sus puntos clave promover la autonomía sobre el propio cuerpo y sobre las propias decisiones. Por ello pensamos el consentimiento informado como una herramienta práctica para ejercer dicha autonomía. Sin embargo, en lo cotidiano esto sucede de manera poco habitual:

En la práctica médica, el consentimiento informado se ha convertido en una formalidad, un mero trámite, que

debe cumplimentarse pero que carece del sentido para el cual fue propuesto. Los pacientes firman como obligación y los médicos lo consideran una medida de protección frente a las demandas vinculadas con la mala praxis. En este marco, el consentimiento informado sólo contempla una autorización individual y es indiferente al dónde, cómo y en qué condiciones se origina la propuesta que debe ser aceptada o rechazada. La autonomía, materializada a través del consentimiento informado, es un principio reclamativo (...) Pareciera que el consentimiento informado postulara en la relación médico-paciente un encuentro de dos saberes homogéneos, simétricos, que están en una situación de paridad. Esto supone una falsificación que, en última instancia, perjudica al que está en peores condiciones reales. Las relaciones no son simétricas. Y si no hay relación de paridad, no hay autonomía posible (...) Para que el consentimiento informado no quede en un "sin sentido", la Coordinación propone entenderlo como un "proceso" cuya culminación es la autorización mediante la cual el paciente expresa la comprensión de la información suministrada por parte del profesional y acepta o no la realización de la prueba. Reflexionar sobre las limitaciones del consentimiento informado – tal como se ejerce en la práctica asistencial– exige recuperar la idea de proceso y, sobre esta base, diseñar mecanismos previos al consentimiento que generen situaciones de real autonomía para la toma de decisiones (Barreda, 2002: 32-35).

Este tipo de abordaje es central en el trabajo cotidiano con los equipos a partir de distintas técnicas, como talleres, charlas informativas dadas por expertos (quienes conocen estos temas desde una reflexión teórico-práctica: abogados, militantes de organizaciones gay o trabajadoras sexuales sindicalizadas, entre otros), y básicamente en el acercamiento a sus lugares de trabajo donde vamos dis-

- hechos y palabras

cutiendo. La presencia del equipo de gestión en los lugares de trabajo, por su parte, ha facilitado la construcción de confianza mutua, “gente de los servicios / equipo de la Coordinación”, y esto a su vez permite que lo que hoy planteamos como instituyente pueda, en un plazo no muy prolongado, transformarse en instituido.

EN EL TERRENO DE LAS ACCIONES

Parte de nuestro desafío fue pasar de un planteo teórico de gestión estratégica y participativa a la concreción de acciones que dieran cuenta del objetivo central: contribuir al control de la epidemia. La transversalidad en el trabajo y la articulación con múltiples actores fueron dos ejes fundamentales en este campo.

Podemos diferenciar dos dimensiones en las acciones desarrolladas: a) las que apuntaron a presentar y dar visibilidad a la Coordinación Sida dentro del sistema de salud y en otras instituciones, y b) las acciones programáticas³. El diagnóstico participativo antes mencionado sirvió para dar visibilidad a la Coordinación, al mismo tiempo que se iban escuchando las propuestas de los equipos de salud se hilvanaba un discurso de trabajo a futuro. Este discurso incluía el acceso a preservativos, la construcción colectiva de la información (con la promesa de una publicación de la ciudad en un corto plazo⁴) y el mejoramiento de la accesibilidad de las personas tanto al testeo como a los estudios y los tratamientos.

Paralelamente a estos encuentros, y sin apelar a formalidades, se hizo un recorrido que tendría un alto nivel de respuesta por los distintos ministerios de la Ciudad para pedir entrevistas con los funcionarios a cargo de las áreas. El hecho de que la mayoría de los funcionarios hubiera ingresado con la nueva administración del doctor Ibarra en el año 2000 estableció códigos comunes, en los que lo central era el acuerdo ideológico y no las formas protocolares. El eje de estos encuentros estaba puesto en la necesidad de armar un espacio intersectorial y discutir

³ Ver Anexo 1.

⁴ Esta publicación es *Infosida*, cuyo primer número salió a fines de 2001 y se edita anualmente.

la política del sida de una manera transversal. Vale recalcar que si bien en todos los ministerios recorridos la propuesta fue bien recibida, sólo algunos se plegaron a la tarea de una construcción conjunta: fueron el Ministerio de Promoción Social a través de las direcciones de la Mujer y de Juventud, el Ministerio de Cultura y la Subsecretaría de Comunicación Social. Este proceso también incluyó encuentros con representantes de organismos no gubernamentales, de organismos internacionales y con personas vinculadas a algunos laboratorios de reactivos y medicamentos.

Proceso de planificación estratégica

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 una escucha pasiva, sino trabajando en un diálogo constante para la resolución de los problemas.

La planificación es concebida como un ejercicio orientador; un proceso en el que la gerencia tiene que solicitar y acompañar la planificación, sin que implique forzosamente seguirla (Chorny, 1996). Se trata de un momento de la gestión sumamente importante, ya que es cuando nos preguntamos quiénes somos y quiénes son los otros, ¿será que estamos imaginando el mismo futuro? En este sentido, Onocko Campos (2002) visualiza el plan como una estructura comunicativa. Dice la autora que es función de la planificación establecer una mediación entre el objetivo del trabajo en salud y el reconocimiento como una intervención en la subjetividad de los grupos que están en acción. Se abren en este juego dos líneas de la planificación: a) como parte del proceso administrativo (concepción instrumental), y b) como pretensión de modificar las prácticas en salud de manera extensiva (concepción política). Esta última línea es la utilizada por Testa (1989) para plantear la planificación como una práctica –como una praxis, en los términos de Castoriadis–, como un hacer en el que el otro

- hechos y palabras

o los otros son vistos como seres autónomos y considerados como agentes esenciales de su propia autonomía.

En otras palabras, la planificación estratégica es un proceso a través del cual, mediante el análisis de los distintos escenarios, son evaluadas las oportunidades y amenazas externas al sistema con el fin de determinar metas y planes de acción para concretarlas. La selección de los cursos de acción a ser empleados para alcanzar los objetivos se constituyen en un momento crítico del proceso, ya que nos enfrenta con el dilema de dejar las cosas como están y no correr riesgos o decidir recorrer nuevos caminos con los riesgos de enfrentar lo desconocido y aceptar que esta elección significa algún grado de conflicto con aquellos cuyos intereses fueron contrariados (Chorny, 1998: 23-44).

Primer Encuentro de Políticas de Prevención del VIH-sida

A cuatro meses de iniciada la gestión, y luego de los recorridos institucionales, que fueron insumos para el análisis de la situación en que se encontraba la epidemia de VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires en abril de 2001, se realizó el Primer Encuentro de Políticas de Prevención del VIH-sida.

Como características del encuentro podemos mencionar que:

- Fue organizado por un grupo intersectorial.
- Se colocó el tema de la prevención de VIH-sida en primer plano.
- Se discutió sobre políticas y no sólo sobre herramientas técnicas.
- Sirvió como aporte para un análisis de situación y como puntapié inicial del proceso de planificación estratégica para VIH-sida que se llevó a cabo durante 2001.

Este encuentro contó con la participación de 250 personas de distintos ámbitos de la ciudad –trabajadores de salud y de otras áreas del Gobierno–, personas viviendo con VIH, organizaciones no gubernamentales y profesionales de las universidades, y mostró públicamente una nueva

forma de construcción en materia de VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires. Además del ministro de Salud, estuvieron en la apertura la directora del Programa Nacional de Sida y el representante de Onusida para Cono Sur, lo que significaba un apoyo político que iba más allá del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Un detalle a resaltar fue que la presentación del Encuentro la hicieron un representante de la Secretaría de Educación y el director general de Juventud, presencias que apuntalaban a un trabajo transversal. Con el correr del tiempo se hizo difícil sostener esta transversalidad, en parte por las diferentes prioridades (para nosotros el sida es el tema central de nuestro trabajo, en cambio para otros sectores es una más de las múltiples cuestiones con las que trabajan) pero también porque a algunos de los que inicialmente se involucraron se les dificultaba trabajar con metodologías más participativas. De todas maneras, esta experiencia fue para nosotros el germen de la posterior construcción de acciones transversales e intersectoriales en el trabajo en VIH-sida en la ciudad.

El tema de la política transversal y la intersectorialidad no es menor, ya que es la forma de disminuir el nivel de fragmentación existente en la respuesta del Estado ante los problemas sociales (entre los que se encuentra la epidemia del VIH-sida). Las personas y sus problemas son una unidad que es atendida en las distintas instituciones del Estado de manera fragmentada mediante respuestas parciales, ineficientes, con alto costo tanto para los destinatarios de las políticas públicas como para los técnicos que las llevan adelante.

Es necesario tener presente, como dice Chorny (1996), que todo proceso innovador se encuentra con una muralla originada en la idea de que siempre fue así y así deberá seguir siendo, y lamentablemente estos son los valores respetados. En ese sentido, incorporar una manera distinta de hacer es el camino que venimos recorriendo desde hace seis años y ya estaba presente en las ideas que inspiraron el

- hechos y palabras

bemos algo del diagnóstico (por ejemplo quiénes son los más afectados), pero no sabemos necesariamente los porqués y eso limita claramente nuestras respuestas; que hemos trabajado mucho y duro, pero solos, aislados, allí donde hemos podido y no donde hubiera sido más necesario; que sabemos qué debería hacerse, pero no hemos tenido el poder necesario para llevar a cabo estas acciones por falta de lineamientos políticos claros. Y estas hipótesis son las que, por un lado, dan origen a esta nueva Coordinación Sida y, por el otro, justifican este encuentro.

Sabemos que los países que han logrado controlar la epidemia –y estoy hablando de países del Tercer Mundo como Uganda o Tailandia–, además de facilitar el acceso a los preservativos, de establecer acciones dirigidas a los usuarios de drogas a través de una concepción basada en la reducción de daños, y de formar gente en las escuelas (cosas que se han hecho en muchos países), contaron con un fuerte apoyo político y es esto lo que hizo la diferencia. En este sentido es importante que, por primera vez en la ciudad, se coloque el tema sida en un espacio como una Dirección General. Esto habla a las claras de un gesto político, necesario – más que necesario, imprescindible– para poder controlar el sida en el distrito. Este gesto del Gobierno de la Ciudad, en sí mismo valioso porque implica un compromiso público para con el tema, debe ser llenado de contenido.

Y entonces, se vuelve necesario abandonar un poco el yo –sólo un poco– para dejarle espacio al nosotros sin perder nuestra cualidad de sujetos, de múltiples individualidades con deseos y también con debilidades; o sea, reconocernos como humanos, que es un poco diferente a lo que nos enseñaron en la facultad; es decir, a que podíamos con todo... ¡Cuánto nos ha enseñado el sida para bajarnos del pedestal!

¿Cómo cambiar nosotros?, porque ante una enferme-

dad por la que les pedimos a los demás que modifiquen sus conductas, debemos empezar por casa. Sabiendo que cambiar en general es difícil, incluso muchas veces doloroso.

Pensemos lo difícil que es cambiar una conducta y, más aun, una conducta vinculada a algo tan profundo e íntimo como la sexualidad, o el tema de las adicciones. Pero si no cambiamos la cultura, y de esto se trata, la cultura de cómo trabajamos, fracasaremos en el intento de que otros cambien algo.

Este encuentro tiene tres características que nos gustaría señalar: la primera es que no es un encuentro de prevención, sino un encuentro de políticas. Esto significa que no vamos a hablar de lo que todos más o menos ya sabemos, sino de lo que queremos hacer, de cómo lo vamos a hacer, de cuándo lo vamos a hacer y con quién/les lo vamos a hacer.

Otro elemento es que lo hacemos convidando a discutir tanto a los sectores del Estado como de la sociedad civil para que, producto de estas discusiones, surjan las directrices en las que vamos a trabajar desde la Coordinación de Sida, junto con todos ustedes. Y por último, el tercer elemento que nos parece novedoso –pero para nosotros imprescindible– es organizar este tipo de Encuentro, pero como cualquier otra actividad, con otros actores...

...¿Cuál es nuestro sueño? Como diría un querido amigo guatemalteco fallecido hace muy poco: “Sueños, no delirios”; o dicho otra manera, “con la cabeza en las nubes y los pies en la tierra”. Ese puerto, para nosotros, es que no haya más necesidad de tener una Coordinación Sida, ni en esta ciudad ni en la Argentina; que, de alguna manera, nos quedemos sin trabajo, y podamos seguir trabajando en nuevas cosas. A este sueño es que los invitamos a sumarse...

De este encuentro el equipo de la Coordinación salió for-

talecido, allí se sentaron las bases para que entre los meses de agosto y octubre se escribiera el plan estratégico de la ciudad y se comenzó con una comunicación fluida a través del correo electrónico, con un “mailing” sobre las cosas que se iban haciendo. Este mecanismo continúa vigente hasta hoy.

Plan Estratégico de VIH-sida de la ciudad de Buenos Aires 2001-2003

El proceso de planificación estratégica llevado a cabo por la Coordinación Sida fue producto de dos talleres realizados entre junio y octubre de 2001 con la presencia de diversos actores del sector público, privado, OSC, ONG, PVVS, organizaciones de trabajadoras sexuales y de la comunidad gay, y facilitado por un experto externo a la Coordinación Sida. El tipo de asistencia dotó a la actividad de una gran riqueza de matices, enfoques y puntos de vista. Con relación al análisis de situación de la epidemia en la ciudad, se tomó como antecedente principal el informe final del “Primer encuentro de políticas de prevención de VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires”, mencionado en el punto anterior.

El esquema de trabajo estuvo bajo una fuerte influencia de Matus (1998: 338) en conceptos tales como:

“El arte de hacer posible lo que hoy nos parece imposible.”

“La planificación estratégica no puede confundirse con el diseño normativo del debe ser; por el contrario, ella busca asumir el puede ser y la voluntad de hacer.”

Sabíamos que al convocar a los distintos actores estaríamos trabajando con diferentes identidades individuales y de grupo, con sus historias, sus formas culturales, sus deseos y sus diversas motivaciones, elementos que constituyen un patrimonio a respetar y un punto de partida y referencia para cualquier tipo de planificación.

La planificación estratégica, como otras herramientas de gestión, no es una receta infalible ni una respuesta má-

gica a los problemas, generalmente complejos, que tienen las instituciones para lograr sus propósitos. ¡No hay recetas ni panaceas organizacionales! Las únicas “recetas posibles”, a partir de las técnicas y metodologías de gestión, disponibles son aquellas que construyen, inventan o adaptan y desarrollan los individuos que están inmersos en la gestión y en las relaciones con sus entornos.

Desde un punto de vista más general, la planificación estratégica se apoya en la convicción de que el futuro puede y será muy diferente al pasado, y sus preguntas clave son:

- ¿Dónde estamos hoy?
- ¿A dónde queremos ir?
- ¿Cómo llegamos allá?

En este contexto nos referimos a la planificación estratégica como un proceso y un resultado. Proceso de invitar a otros a imaginar e inventar futuros diferentes; de apropiación, de participación y construcción compartida; de miradas diversas; de asociación y compromiso de trabajar con otros; de construcción de capacidades técnicas y de gestión.

En tanto resultado, la planificación estratégica es un plan o guía orientadora para la respuesta y acción al VIH-sida. Es un conjunto de acuerdos y compromisos de gestión que se cristalizan en programas y proyectos; es un sistema de acompañamiento y es un plan de evaluación.

Dentro del plan se fue gestando la posibilidad de pensarnos como un actor común a partir de un análisis del posicionamiento que respondiera a las siguientes preguntas: ¿qué somos?, ¿qué hacemos?, ¿quiénes se benefician con nuestro trabajo?, ¿cómo nos ven?, ¿con quién contamos?

En un segundo momento se trabajó en la construcción de una visión de futuro compartida, que fue sintetizada en las siguientes frases:

“Hagamos **juntos** lo que no pudimos hacer **solos**, para poder hacer solos lo que **aprendimos juntos**.”

“Cómo trabajar en equipo y no morir en el intento.

Cómo hacer un trabajo interinstitucional y no transformarnos en una asociación ilícita.”

“Que todos/as seamos entendidos y bien atendidos.”

Una vez que se hubieron analizado los escenarios a través de técnicas como el FODA, y luego de realizar un resumen de los desafíos que se tenían por delante, se consensuaron cuatro objetivos estratégicos:

- 1 • Disminuir la transmisión del VIH en la ciudad de Buenos Aires.
- 2 • Garantizar la atención integral a las PVVS.
- 3 • Promover la investigación aplicada en el área de VIH-sida.
- 4 • Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

A partir de estos objetivos se diseñaron estrategias para cada uno, e inclusive proyectos y acciones que sirvieron de guía a la Coordinación Sida en los años subsiguientes. A continuación se mencionan algunas de las citadas estrategias:

• **Objetivo 1:**

Desarrollar políticas en el ámbito comunitario.

Reducir al mínimo la transmisión vertical.

Desarrollar políticas de reducción de daños en usuarios de drogas inyectables (UDI).

Desarrollar políticas en minorías sexuales.

Facilitar el acceso al preservativo a la población vulnerable.

Desarrollar políticas de prevención en la comunidad educativa.

• **Objetivo 2:**

Desarrollar programas de adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

Propiciar una mejor calidad de vida a las PVVS en el marco de los derechos humanos.

Garantizar la accesibilidad a los centros de atención.

- hechos y palabras

- **Objetivo 3:**

Impulsar y promover líneas de investigación en las áreas biomédicas y sociales.

- **Objetivo 4:**

Facilitar el acceso a las organizaciones comunitarias a los programas de prevención.

Desarrollar una gestión intersectorial eficaz y eficiente con eje en la construcción de ciudadanía.

Promover una mayor incorporación de las PVVS en la gestión de las políticas.

Como puede observarse, ya en 2001 estaban instaladas las propuestas que habrían de desarrollarse en la ciudad para poder controlar la epidemia. A partir de ahí el desafío fue el cómo, que incluyó viabilizar un presupuesto, sostener las acciones a lo largo del tiempo y evaluar las políticas implementadas.

POA, seguimiento y evaluaciones

La búsqueda de herramientas para llevar a cabo las acciones, y al mismo tiempo ir acompañando los procesos y evaluar lo que se estaba haciendo, nos llevó a utilizar el Plan Operativo Anual como un instrumento central, ya que cumplía la mayor parte de nuestros propósitos.

El Plan Operativo Anual (POA) es la expresión operacional y presupuestaria de la planificación estratégica. El POA interrelaciona operativamente la misión, los objetivos estratégicos, las estrategias, las metas, las acciones y proyectos, los costos asociados, los períodos o cronogramas y los/las responsables de la ejecución. Asimismo, establece las bases para la evaluación.

Dentro de este esquema, entendemos que las metas son resultados o productos que se declara lograr durante el año en curso, en el marco de la ejecución del plan estratégico institucional. Son además

compromisos y promesas de gestión y logro anuales. Pueden ser vistas también como retos, desafíos convocadores, específicos, medibles y basados en un tiempo de realización.

Los proyectos y acciones son entendidas como el conjunto de actividades o proyectos que es necesario ejecutar para alcanzar las metas definidas y comprometidas; se formulan como procesos, no como resultados, y deben ser coherentes y pertinentes.

Teniendo en cuenta que la gestión y la planificación estratégica constituyen un desafío técnico que plantea, además, un tema de recursos de poder, hay conceptos que si bien no están explicitados dentro del plan están subyacentes en su concepción y que queremos mencionar especialmente: el tipo de enfoque, la confianza que se logra establecer y la posibilidad de desarrollos creativos.

El desarrollo del plan será diferente según el enfoque con el que se haga, que puede ser reactivo o proactivo. El tradicional, el enfoque reactivo, se sustenta en que las acciones están determinadas por la urgencia y por la necesidad de soluciones de corto plazo, distantes de miradas estratégicas. En cambio, el enfoque estratégico es proactivo; tiene una visión de largo plazo, preocupación por los problemas importantes que determinan el éxito o fracaso de lo que buscamos y queremos, se anticipa a los problemas, tratando de que las cosas sucedan, inventando realidades. En esa línea de pensamiento entendemos que nuestra conducta depende, principalmente, de nuestras decisiones y que está en nosotros la iniciativa de asumir el desafío de hacer que las cosas ocurran, sucedan. Sostener, al decir de Toro Papapietro (2004), que la mejor manera de predecir el futuro es inventarlo.

Mostramos un ejemplo de cómo se evidencian en el discurso de los sujetos enfoques diferentes ante los mismos problemas.

La actitud y lenguaje reactivo frente a un problema: ¿qué nos va a pasar?

No podemos hacer nada
 Nosotros somos así
 Esto me vuelve loco
 Siempre ha sido así
 No hay recursos
 Tengo temor
 No lo permitirán
 Debemos hacer eso
 No podemos...
 Es nuestra culpa...
 Debemos...
 Sí...

La actitud y lenguaje proactivo frente a un problema: ¿qué podemos hacer?

Examinemos nuestras alternativas
 Podemos optar por un camino diferente
 Aceptemos nuestras emociones y sentimientos
 Podemos elaborar otras propuestas
 Escojamos una respuesta
 Elegimos
 Queremos
 Preferimos
 Fuimos, somos, queremos ser, seremos
 Pase lo que pase

• • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •
 • • •

En cuanto a la confianza, que como se verá a lo largo de este libro es una pieza fundamental para el trabajo con otros y el avance de las acciones, quisiéramos hacer algunas precisiones. Ya durante el proceso de planificación estratégica señalamos que para nosotros la confianza es un juicio que hacemos o hacen de nosotros sobre la capacidad de cumplir promesas o compromisos en un dominio particular. Así entendido, el cumplimiento de las promesas asumidas es uno de los pilares que dentro de las instituciones del Estado facilitan la existencia de cambios.

Finalmente, queremos subrayar que las personas tienen fortalezas y capacidades latentes, además de la capacidad de hacerse cada día más competentes. En ese sentido, poder favorecer la creatividad fue y es uno de nuestros desafíos cotidianos. El primer paso para no cercenar ese potencial es tener claridad sobre las barreras que se oponen a la creatividad de los sujetos, como el miedo a fracasar, las dificultades para expresar emociones, los excesos de certezas, los deseos de perfección, el alejamiento de la fantasía y el juego, el egoísmo y la intolerancia a la incertidumbre. Lidar con las barreras es un camino abierto para mejorar la producción de los sujetos y de los equipos.

Aunque con el correr de los años se fueron implan-

• •
• •
• •
• •
• • •
• • •
• • •
• • •

tando distintos instrumentos para definir los respectivos planes operativos, entre los años 2002 y 2003 se utilizó el siguiente esquema:

Políticas	Acciones y proyectos	Estado actual	Compromisos y fechas futuras

Durante los primeros años los equipos se organizaron en torno a los problemas a resolver y quedaron conformadas las siguientes áreas de trabajo: Educación, CePAD, PVVS, Reducción de daños en UDI, Diversidad sexual, Red de prevención local, Transmisión vertical, Vigilancia epidemiológica, Asistencia en hospitales, y Comunicación social. Los equipos llenaban la planilla con la doble finalidad de ver la planificación de cada área y de poder percibir, al cabo del año, la evaluación de lo hecho.

• •
• •
• •
• •
• • •
• • •
• • •
• • •

Se toma como ejemplo el POA armado por el equipo de Educación para el año 2002:

	Políticas	Acciones y proyectos	Estado actual	Compromisos y fechas futuras
Educación	a) Instalar la prevención a nivel macro. b) Iniciar tareas en profundidad en algunas escuelas. c) Orientar demandas aisladas.	1. Proyecto intensivo en zona sur. 2. Respuestas a demandas. 3. Educación no formal. 4. Elaboración de materiales curriculares para todo el sistema.	- Acuerdos con Director de Media (circular al sistema). - Inicio de acuerdo con escuelas para talleres extracurriculares. - Orientación para demandas de escuelas privadas.	Compromiso de la D. Curricular para elaborar materiales para todo el sistema. Visita a escuelas de proyecto intensivo: junio-julio. Capacitación docente: julio. Proyecto UNESCO (a evaluar).

Con el correr del tiempo se fueron desarrollando las herramientas del POA para lograr un mejor seguimiento de las actividades que se estaban llevando a cabo. En ese sentido se muestra la siguiente planilla de registro:

- hechos y palabras

Objetivos estratégicos	Estrategias	Metas	Acciones y proyectos	Período						Unidad Responsable

Se muestra como ejemplo parte del Plan Operativo Anual para el año 2004 del equipo de Prevención de la Transmisión Vertical:

Objetivos estratégicos	Estrategias	Metas	Acciones y proyectos	Período	Unidad Responsable
Disminuir la transmisión vertical en la ciudad (a menos del 5%).	1- Dotar a los servicios de los insumos necesarios para un abordaje integral y efectivo, propiciando la adecuada utilización de los medios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.	a- 100 por ciento de cobertura de insumos de diagnóstico y prevención (Elisa/WB, test rápidos, leches maternizadas inhibidores de lactancia, preservativos, folletos).	a- Continuar con la provisión sistemática de los insumos referidos.	Enero/diciembre	Equipo TV
		b- 100 por ciento de los efectores implicados en la prevención de la TV familiarizados con las recomendaciones elaboradas y distribuidas.	b y c- Actualización y presentación de las "Recomendaciones". Impresión y distribución para todas las personas del sistema de salud implicadas en las acciones de prevención de laTV (2000 ejemplares).	Mayo/junio	
		c- 100 por ciento de oferta de testeo con asesoramiento para las mujeres y sus parejas, independientemente del momento de la captación.	b y c- Capacitaciones específicas en doce hospitales para los efectores implicados en las tareas de prevención de la TV.	Junio/diciembre	

A fines de 2004 se tomó la decisión de modificar el funcionamiento por componentes o miniequipos por ejes temáticos a otro basado en equipos de referencia territorial con apoyo matricial, como modo de no repetir dentro de la Coordinación la mirada fragmentada existente en el sistema de salud (ver Capítulo IV.3).

Este cambio también se evidenció en 2004 en la propuesta de estructura para la Dirección General Coordinación Sida⁵ que se sostenía en tres direcciones (Dirección de Desarrollo Hospitalario; Dirección de Desarrollo Territorial y Dirección de Comunicación Social y Prevención en el Ámbito Educativo) y en dos departamentos (de Investigaciones y Epidemiología y de Logística y Administración).

La integración de las acciones que anteriormente se daban en los distintos miniequipos de la Coordinación se sintetizaron en esta nueva modalidad. Como ejemplo de este desarrollo, se puede observar parte del listado de acciones que quedaban bajo la órbita de la Dirección de Desarrollo Territorial:

- Contemplar la perspectiva de género en todas las acciones que desarrolle la Dirección General.
- Mantener contacto permanente y sistemático con organizaciones de la sociedad civil que trabajen con usuarios de drogas y/o grupos de usuarios de drogas, así como con las que trabajen con personas pertenecientes a las minorías sexuales que viven en la ciudad.
- Fijar criterios de intervención con las minorías sexuales en el ámbito de la ciudad.
- Desarrollar proyectos de prevención de la infección por VIH-sida en usuarios de drogas basado en la política de reducción de años en el ámbito de la ciudad.
- Diseñar y proponer criterios para la instalación de los CePAD (localización física, tamaño, personal, etcétera).
- Fortalecer la articulación de los recursos existentes dentro de las instituciones públicas de la ciudad y en instituciones comunitarias para la puesta en marcha de

⁵ Puede verse la propuesta global en el Anexo 2.

los CePAD orientados hacia la prevención, el asesoramiento y el diagnóstico de VIH-sida.

- Promover una red asistencial “amigable” dirigida fundamentalmente a trabajadoras sexuales y travestis.
- Releva periódicamente las necesidades, posibilidades y la adhesión de las instituciones públicas de salud y de las instituciones comunitarias de la ciudad para la distribución de materiales preventivos (profilácticos, material gráfico de mano, afiches, etcétera).
- Mantener actualizado un mapa de la ciudad que relacione los centros de distribución de materiales con los barrios donde se desarrolla la epidemia.
- Evaluar, en tiempo y forma, la distribución de los materiales a las instituciones y la llegada de los materiales a los grupos más vulnerables de la sociedad.

***Relación con actores gubernamentales y sociales:
Programa nacional, organizaciones no gubernamentales
(ONG), organizaciones de la sociedad civil, la academia.***

Programa Nacional

En la Argentina, la Ley Nacional de Sida (N°23.798), vigente desde 1990, plantea en su artículo cuarto que las autoridades sanitarias deberán desarrollar programas destinados al cumplimiento de dicha ley. Sin embargo, recién a fines de 1993 se formalizó un Programa Nacional con presencia en todo el país y a partir de entonces se fueron instalando los programas jurisdiccionales con mayor o menor desarrollo. Si bien la ejecución de las políticas públicas en salud es resorte de cada provincia, al ser el Estado nacional el que suministra la medicación y los reactivos para la atención integral de las personas viviendo con VIH-sida, y también el que recolecta y sistematiza la información epidemiológica, el Programa Nacional de Sida posee un rol rector en las distintas jurisdicciones que va más allá de lo estrictamente normativo.

A partir de 1998, el Programa Nacional buscó fortalecer

el accionar de los programas locales y en ese sentido instrumentó líneas que avanzaban hacia la descentralización de acciones en los programas provinciales. Pocas provincias, como Córdoba, Mendoza, Río Negro, y algunos municipios como Rosario y la ciudad de Buenos Aires tuvieron desarrollos acordes a lo que el Gobierno Nacional promovió con herramientas como el Proceso de Planificación Estratégica Nacional y Regional (Ministerio de Salud, 2000-2003).

La creación y el desarrollo de la Coordinación Sida en la ciudad de Buenos Aires se dio en un período durante el que ocurrieron profundos cambios en los escenarios políticos y que incidieron en la relación con el Programa Nacional. En 1999 asumió el gobierno nacional un frente político –llamado la Alianza– cuyo candidato en la ciudad fue el doctor Aníbal Ibarra, quien se hizo cargo del gobierno porteño a partir del año 2000 (año de creación de la Coordinación Sida). En 2001, a raíz de una fuerte crisis socioeconómica en el país, se produjeron múltiples cambios en el gobierno nacional (renuncia del presidente, crisis institucional, varios cambios presidenciales en un muy corto lapso) que no produjeron modificaciones en el gobierno de la ciudad de Buenos Aires. En 2003, luego de nuevas elecciones nacionales, asumió por cuatro años como nuevo presidente el doctor Néstor Kirchner. Estos múltiples cambios de escenario trajeron aparejados tensiones y conflictos que se fueron resolviendo de diferente manera.

En una primera etapa hubo acuerdos con el Programa Nacional que redundaron en un mejoramiento en la distribución de insumos, en el apoyo mutuo en ciertas gestiones interinstitucionales e inclusive en un trabajo conjunto en prevención dentro de la ciudad de Buenos Aires. A partir del cambio de autoridades del Programa Nacional comenzaron a producirse desencuentros motivados por los reclamos que hicimos desde la Coordinación ante una gestión deficiente de la entrega de medicamentos y reactivos, una insuficiente información a los programas provinciales y un manejo arbitrario en relación con las fun-

ciones que le corresponden al nivel nacional. En ese sentido la línea llevada a cabo a partir de 1998, que impulsaba la descentralización de las acciones y un mayor protagonismo de las provincias y los municipios, fue reemplazada por el intento de tener una voz única (sólo el Programa Nacional) en el ámbito del sida, dejando de lado los programas locales. Los reclamos que hizo la Coordinación Sida ante cada responsabilidad no asumida, ante compromisos no respetados, o ante el exceso de centralismo del Programa Nacional hicieron que nos transformáramos en una voz que señalaba críticamente las diferencias. Con el correr del tiempo y la propia gestión, las observaciones hechas por la Coordinación Sida dejaron de ser vistas como amenazas y fueron tomadas en cuenta para la resolución de algunos temas operativos.

La relación con las ONG: idas y vueltas

Uno de los actores sociales con mayor prestigio dentro del campo del VIH-sida son las organizaciones no gubernamentales. Se trata de un grupo con un gran poder para hacerse escuchar en las instancias gubernamentales y en los medios de comunicación masiva. Han sido durante muchos años la única cara visible de la lucha por los derechos de las personas que viven con VIH, y por momentos, sujetos imprescindibles a la hora de desarrollar acciones de prevención.

La participación social, en este caso a través de las ONG, aparece como uno de los escasos mecanismos que pueden oponerse a lo institucionalizado en la medida en que sea constante y continua. Asimismo, posibilita el desarrollo de la autonomía tanto del sujeto y como del grupo, y puede cuestionar la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones (Menéndez, 1998).

Una primera consideración que deberíamos introducir es que al tratarse de un sujeto colectivo debemos tener en cuenta su alta heterogeneidad. Además, en tanto sujetos históricos, las ONG y sus miembros han sido parte de los procesos vividos en Argentina durante estos años. Por este

motivo no han sido insensibles al deterioro en la solidaridad, ni a la fragmentación, ni a la pelea por los recursos cada vez más escasos. Dice Menéndez (1998: 5-22) que el poder institucional no sólo limita la participación social, sino que puede transformar a un grupo supuestamente autónomo en un agente de la reproducción de la lógica dominante. El poder instituido puede ser insidioso, ya que se reproduce, por lo menos en parte, a través de quienes lo cuestionan. En efecto, en muchos casos, estos grupos supuestamente autónomos tienden a utilizar los mecanismos que critican con el fin de asegurar su propia supervivencia. Así, las mismas ONG que proponen solidaridad, critican el individualismo o cuestionan el manejo de incentivos materiales, pueden desarrollar en su interior aquellas prácticas que denuncian y que son contradictorias con sus propios objetivos.

Por otro lado, a diferencia de otros países de América latina en los que el movimiento de ONG tiene una larga historia ligada al abandono del Estado de funciones básicas de la vida social, nuestras ONG son nuevas y muchas de ellas han construido su historia a partir de la aparición del sida.

En síntesis, según nuestra visión, las ONG son un actor social importante, pero tienen intereses particulares que, en algunas ocasiones se enfrentan al interés del colectivo social representado por el Estado, y en otras privilegian los intereses de su propia organización por encima del conjunto de las ONG. De ahí que la construcción de una asociación, de una alianza estratégica, sea un camino en permanente construcción y que se vaya dibujando de acuerdo a los cambios de escenario.

En nuestra experiencia de gestión, definimos cuatro momentos en esta relación abierta que tenemos desde la Coordinación Sida con las ONG. El primero se corresponde con el conocimiento, el reconocimiento, los pedidos y la construcción de un respeto mutuo. Citamos como fin de este primer eslabón el desarrollo del Plan Estratégico de Sida de la ciudad de Buenos Aires.

El segundo momento, durante el trabajo concreto en conjunto con las ONG, es cuando surgen amores, desencuentros y desencuentros. El tercero se desarrolla durante la debacle socioeconómica de 2001. En ese momento, como es lógico, las ONG no escaparon a la crisis de representatividad y creatividad existente en nuestro país.

El cuarto momento estuvo caracterizado por la incorporación de otras organizaciones de la sociedad civil al trabajo conjunto de prevención del VIH-sida, y marcó un escenario no recorrido con anterioridad en la respuesta a la epidemia en Argentina.

Nuestro primer contacto con representantes de las organizaciones no gubernamentales con trabajo en sida se realizó a los pocos días de hacernos cargo de la Coordinación Sida, en diciembre de 2000. Este hecho marca nuestra elección de dar prioridad a la interlocución con las ONG. En estos encuentros aparecieron reclamos históricos basados en el desconocimiento hacia las ONG por parte del anterior Programa de Sida. Otro tema, que es una constante hasta la fecha, fue el pedido para que el Estado transfiriera recursos a las organizaciones para desarrollar las acciones que cada ONG creía conveniente.

La Coordinación Sida planteó desde un primer momento la necesidad de un trabajo cooperativo entre los distintos actores con responsabilidades y acciones diferenciadas pero con objetivos comunes. No se trataba entonces de un mero traslado de recursos sino de la definición en forma conjunta de políticas y acciones. La visión que tenemos desde la Coordinación Sida es que el Estado tiene un rol central en la planificación y ejecución de políticas sobre el VIH-sida. Es claro que hay grupos o poblaciones a quienes el Estado (en nuestro caso, la Coordinación) no puede llegar o donde no es el interlocutor más confiable; y es ahí donde las ONG tienen un lugar privilegiado.

La invitación a participar del diagnóstico de situación realizado en el "Primer Encuentro de Políticas de Prevención",

la decisión de la compra y distribución de preservativos, incluyendo a las ONG como parte de esa distribución y su colaboración activa en la confección del Plan Estratégico fue construyendo confianza con este equipo de gestión. El conocimiento previo que teníamos de varios de los miembros de las organizaciones no gubernamentales (incluso se invitó a ser parte del equipo a profesionales que provenían del tercer sector), sumado a ciertos acuerdos ideológicos, creó una expectativa favorable que facilitó la participación de las ONG en las actividades programadas por la Coordinación Sida.

En el primer taller de planificación estratégica hubo diez representantes de organizaciones no gubernamentales (25 por ciento de los asistentes), y su voz puede ser leída en las siguientes estrategias que quedaron establecidas dentro del plan: trabajar sobre los obstáculos culturales que fomentan la discriminación y estigmatización de las personas; implementar de programas preventivos comunitarios; desarrollar programas y políticas de reducción de daños en usuarios de drogas inyectables; promover la disminución de la homofobia en la comunidad como factor clave para la disminución de la transmisión; facilitar el acceso al preservativo a la población vulnerable; propiciar una mejor calidad de vida a las personas que viven con VIH-sida (PVVS) en el marco de los derechos humanos; fomentar el intercambio con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y grupos de PVVS; considerar para la acción la existencia de distintos sectores más allá de su pertenencia al ámbito público.

Este momento marcó un hito en la construcción de una confianza que, parafraseando a Luis Toro (1999), se trata de un juicio que hacemos u otros hacen de nosotros sobre la capacidad de cumplir las promesas y los compromisos asumidos. Este es un elemento básico para pensar una gestión descentralizada y participativa.

En un segundo momento se emprendieron acciones conjuntas entre la Coordinación Sida y las ONG; ejemplo de ello fueron algunas capacitaciones dirigidas a los equipos de salud u otros agentes del Estado, como los trabaja-

dores de la Dirección de la Mujer o la Dirección de la Juventud. En estos casos, la Coordinación recogía la demanda de capacitación en temas específicos, como la reducción de daños en usuarios de drogas o diversidad sexual, y convocaba a ONG con *expertise* en dichos temas para llevarla a cabo, acordando contenidos y metodologías.

Otra forma de trabajo de este segundo momento fue el desarrollo de microproyectos de prevención. A partir de un diagnóstico de necesidades de prevención en poblaciones específicas y en zonas definidas, se convocó a un grupo de ONG para que realizaran el trabajo en terreno. Este proceso fue facilitado por el aporte de la Cooperación Alemana (GTZ) y permitió la llegada a poblaciones vulnerables que hasta ese momento no se habían contactado: trabajadoras sexuales, travestis, usuarios de drogas inyectables.

Aparecieron aquí dos tipos de comportamientos diferentes: por un lado, aquellas organizaciones con experiencia con poblaciones específicas que, a través de estos microproyectos, daban una continuidad a sus prácticas; y por otro lado, las que, sin importar la temática específica, se presentaron suponiendo que podrían desarrollar tareas para las que no tenían experiencia, trasladando su *expertise* a otros campos que no eran los definidos como prioritarios por la Coordinación.

Aquí aparece una construcción de confianza y de acuerdos ideológicos cada vez más fuerte con algunas de las organizaciones con las que seguimos trabajando estos años. Parte de este desarrollo ha sido la conformación de redes entre las propias ONG que, frente a alguna necesidad propia, pudieron recurrir a otra organización, sin que la Coordinación mediara. En estos casos sólo quedó bajo nuestra órbita el acompañamiento del proceso.

Con algunas organizaciones se desarrolló lo que denominamos una "confianza acotada", esto es "respeto tu trabajo, respetá mi trabajo", con las que se dieron alianzas tácticas, a diferencia del modelo anterior al que denominamos "alianza estratégica".

Por último, aquellas ONG con las que no pudimos construir un ámbito de trabajo común desarrollaron una política de oposición a la gestión.

Creemos que parte de estos desacuerdos se relacionan con el cambio de posición del Estado en relación con el VIH-sida, que pasó a tener una intervención directa en la prevención y en la definición de políticas. La aparición de un Estado que comienza a realizar cosas por las que las organizaciones bregaron creó una contradicción: por un lado, el Estado finalmente escuchaba sus reclamos y comenzaba a hacerse cargo de lo que debía, pero al mismo tiempo restaba a las ONG parte del discurso que las había hecho crecer y, por lo tanto, aparecía como una amenaza a su propia existencia.

Un tercer capítulo del trabajo con las ONG se dio a partir de la crisis socioeconómica desatada en la Argentina en diciembre de 2001, cuando por primera vez en el país hubo dificultades serias para obtener medicamentos. En ese momento se conformó un comité de crisis del que las ONG fueron parte y pudieron actuar con objetivos comunes y articuladas entre sí. Los encuentros con el denominado “comité de crisis” y, luego, con lo que fue una confederación de ONG (Red de ONG) demostraron la capacidad de estas organizaciones de articularse y mantenerse unidas para la demanda, la protesta por la normalización de la entrega de medicamentos y la incorporación en la agenda pública de beneficios sociales como por ejemplo las bolsas de alimentos.

Cuando quedó superada la emergencia y aparecieron fondos internacionales para el trabajo en VIH-sida, se instalaron discusiones entre el Estado y las organizaciones sobre la asignación de los recursos. En esas discusiones volvieron a quedar en escena la fragmentación social existente y la lucha por los escasos recursos, y, en muchas oportunidades, se puso en evidencia la primacía del interés particular por sobre el general.

El vínculo con las organizaciones, no obstante, fue heterogéneo, y en este sentido es interesante rescatar, como

ejemplo, el proceso que llevó a cabo el grupo de gays, travestis, transexuales, lesbianas y bisexuales (GTTLB), que a pesar de las diferencias históricas, lograron participar en un proyecto común e incorporar a personas del interior del país, en un hecho casi inédito. Ejemplos similares se dieron en el colectivo de las trabajadoras sexuales o entre mujeres que viven con VIH-sida.

Un cuarto momento del proceso de articulación con ONG es el que denominamos “de las ONG a las OSC” (organizaciones de la sociedad civil). En el armado de la red de distribución de preservativos primero y de la red de prevención local después, se incorporaron a trabajar, además de las ONG dedicadas al VIH-sida, alrededor de cien OSC (comedores comunitarios, clubes, centros culturales, bibliotecas populares y demás organizaciones barriales, entre otros). Este escenario que convocaba al trabajo en VIH-sida no sólo a las ONG tradicionales sino a una gran cantidad de organizaciones con objetivos específicos de diversa índole (para las cuales el trabajo en VIH es uno más) permitió ampliar la población a la que se dirigen nuestras políticas, en especial a aquella con mayor vulnerabilidad económica y social. De esta manera, se produjo un impacto diferente en el control de la epidemia a la par que se establecían nuevos escenarios de complementariedad entre el Estado y la sociedad civil.

Una política social queda instalada cuando impacta en la vida cotidiana de la gente. El Estado tiene como función tender puentes, trazar las rutas, pero sin la intervención de las organizaciones de la sociedad civil (incluyendo las organizaciones con desarrollo en temáticas específicas) estas políticas tienen un sinnúmero de dificultades para alcanzar al ciudadano común.

La construcción de ciudadanía requiere entonces de una articulación permanente –con las tensiones que esto implica– del Estado con las OSC, que al igual que las conducciones políticas deben refrendar una y otra vez su representatividad para evitar la confusión entre los objetivos particulares de los líderes y los intereses de los representados.

En una sociedad con una fuerte crisis de representatividad, como la nuestra, incorporamos a la mesa de discusión y ejecución de las políticas en VIH-sida de la ciudad de Buenos Aires a múltiples organizaciones de la sociedad civil. De esta manera superamos el tradicional modelo de trabajo exclusivo con las ONG especialistas en sida, y abrimos un camino que acercó la prevención del VIH-sida a la vida cotidiana.

El encuentro con la investigación

Uno de los objetivos estratégicos explicitados fue el de impulsar la investigación aplicada sobre VIH-sida. Esto incluía desde los estudios epidemiológicos clásicos (número de casos, prevalencia de infecciones, perfil de las vías de transmisión) hasta la búsqueda de información nueva producida para tomar decisiones en la gestión (epidemiología de la gestión). Incluía también las investigaciones provenientes del campo de las ciencias sociales, tanto las producidas dentro de la Coordinación Sida, en asociación con otras instituciones, como las provenientes del ámbito académico.

En relación con el desarrollo de los estudios epidemiológicos, nos encontramos con varias dificultades; una: no contar con personas capacitadas en esta área; y otra: la falta de actualización de las nuevas técnicas incorporadas al seguimiento del sida en muchas partes del país y del mundo. Estas técnicas, conocidas como “vigilancia epidemiológica de segunda generación”, plantean la incorporación de la seroprevalencia en grupos específicos, un análisis de la mortalidad y el cruzamiento de los datos con los estudios comportamentales.

Otra dificultad fue la desconfianza que tenían los servicios de salud para notificar al nivel central ya que, a la llegada del equipo de la Coordinación Sida, no existían mecanismos establecidos de devolución de la información. Estos mecanismos son esenciales para que los profesionales sientan que los datos que producen tienen algún sentido,

que ellos son parte de un proyecto colectivo, y que la información que recogen con cada paciente tiene que ver con el estado de la epidemia en la ciudad. Las dificultades en el tema sida no eran ajenas al escaso desarrollo metodológico y conceptual existente en la vigilancia epidemiológica de otras patologías en las instituciones de salud de la ciudad de Buenos Aires.

Para mejorar el conocimiento epidemiológico, se incorporó un médico clínico con experiencia en sida, que fue construyendo su capacitación en esta especialidad a partir de la práctica cotidiana. Junto a él, se conformó un pequeño equipo, todos con conocimientos parciales en el área, para ir avanzando en la recolección y análisis de los datos. Así fue como se instaló una vigilancia centinela en la ciudad (inexistente hasta el año 2000) sobre embarazadas, consultantes de ITS y población gay. Además se incorporó el análisis de la mortalidad, de la producción hospitalaria, de la situación de la medicación y se avanzó en la regionalización de los datos de la ciudad.

La visita continua a los servicios de salud, la realización de talleres dirigidos a los profesionales encargados de la vigilancia epidemiológica en los hospitales y la publicación de la información en *Infosida* (distribuida además electrónicamente) fueron elementos que mejoraron la confianza hacia la Coordinación Sida y que, por ende, produjeron una optimización del análisis epidemiológico.

En cuanto a las investigaciones sobre aspectos sociales y subjetivos, entre las que se encuentra la información sobre comportamientos sexuales, se optó por establecer una relación transversal con investigadores provenientes de centros de estudios de la Universidad Nacional de Buenos Aires y el CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Se organizaron reuniones con un equipo de investigadores pertenecientes a las instituciones arriba mencionadas, con la finalidad de tener una base de datos sobre trabajos en sida, posibilitar la publicación de algunas investigaciones y el armado de un encuentro entre los

investigadores y los trabajadores de los servicios para compartir saberes.

En esta relación con actores sociales cuyo objeto central de trabajo es la investigación, hemos tenido avances y dificultades. Entre los resultados positivos cabe mencionar un encuentro realizado en el año 2002 que reunió a investigadores de ciencias sociales y humanidades e integrantes de los servicios de salud con trabajo en VIH-sida. Esta actividad denominada “Juntando Saberes” tuvo el objetivo de intercambiar conocimientos entre los ámbitos de la gestión y los de la academia. Alrededor de doscientas personas debatieron investigaciones presentadas por sus autores sobre género, reducción de daños en usuarios de drogas, sexualidad, atención y vida cotidiana de las PVVS. Esta actividad, que estuvo organizada por la Coordinación Sida, fue declarada de interés por las facultades de Ciencias Sociales, Psicología y Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, así como por la Cátedra Unesco de Bioética (UBA) y la Sociedad Argentina de Sida. El desafío de acercar el ámbito académico hacia los tomadores de decisiones en el campo de los servicios de salud trasciende la ciudad de Buenos Aires, y puede evidenciarse en las reflexiones planteadas por Vera Paiva (2002) sobre la situación en Brasil: “Es difícil producir modificaciones en las agendas de los académicos, que en la mayor parte de las veces está disociada de la agenda de los servicios. No hay el suficiente reconocimiento dentro de los marcos de enseñanza e investigación de los contextos en los que estos se desarrollan. También hay que tener en cuenta que la formación de alumnos de posgrado lleva mucho tiempo, y que los cursos cortos que se realizan en general tienen bajo impacto”.

¿Qué caminos intentar, entonces, para saldar la brecha entre la academia y los servicios de salud? Pasos como el encuentro de “Juntando Saberes”, la publicación en *Info-sida* del trabajo de Sánchez (2002) –investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA– y una investigación sobre salud reproductiva de las personas viviendo con VIH,

- hechos y palabras

realizada en forma conjunta con el CEDES, siguen una línea que se fue profundizando en los años que llevamos trabajando desde la Coordinación Sida. También, la capacitación conjunta a miembros de los equipos de salud, representantes de las ONG y estudiantes de posgrado, buscó ser una manera de construir un objeto común de trabajo. Apoyar investigaciones sobre aspectos innovadores en la temática, con una orientación acorde a las necesidades locales, y facilitar la difusión de sus resultados ha sido otro de los intentos por potenciar el encuentro entre la academia y la gestión.

Sostener la articulación entre estos ámbitos de manera sistemática ha sido uno de nuestros déficit, y uno de los caminos que se deberían profundizar.

Las relaciones informales: un apoyo a la gestión

Existe un capítulo poco explicitado en la historia contada sobre las experiencias de gestión: “las relaciones informales”. Cuando se piensa en la administración pública, la imagen que rápidamente aparece es la de montones de expedientes, secretarías que impiden el paso, largas esperas en los pasillos para ser atendidos por algún funcionario y un tiempo muy largo para que algo se resuelva. Imagen que, por otro lado, tiene mucho que ver con la realidad.

Pero también existe en el imaginario, otra vez sustentada en experiencias concretas, la sensación de que hay otros caminos informales, más cortos, menos engorrosos y más resolutivos. Para nosotros, la dicotomía formal/informal no es tal sino que ambas formas de relación funcionan de manera complementaria. Se hace necesario reconocer cuándo son más útiles unos caminos que otros y sobre qué se estructuran los caminos informales. Existen las normas escritas pero además están los sujetos que las ejecutan o no; cada persona adecua la norma a sus posibilidades y a los tiempos que considera posibles. Esto, que es parte de la autonomía de cada sujeto, se potencia cuando no existen sistemas de premios y castigos claros, como sucede en la



administración pública de la ciudad de Buenos Aires.

Nuestro accionar ha privilegiado el trabajo con las personas por sobre las estructuras pero sin descuidar la necesidad de complementar lo formal y lo informal. En ese camino fuimos primero por la “construcción de los dispositivos y la implementación de las estrategias” para luego dar lugar a la norma escrita y así pasar de lo instituyente a lo instituido. Esto difiere de los caminos más transitados en la administración pública, que consisten, primero, en escribir una norma para luego hacerla conocer; y en un momento posterior, monitorear su aplicación. Este esquema apela exclusivamente al camino formal; en nuestro caso pensamos que la sustentabilidad de una política se basa principalmente en la apropiación de los sujetos, ya que es esta apropiación la que da legitimidad a las propuestas.

La legitimidad se construye en cada subproyecto con los sujetos intervinientes, a partir de la construcción de un discurso común. Discurso que, pretendemos, deje de ser de minorías para que en algún momento quede integrado al escenario de la vida cotidiana.

En este escenario se pueden pensar dos lógicas que se basan en las relaciones informales: una más transitada por el accionar de la política tradicional, “favor que se paga con favor”. Otra, la que nosotros fuimos eligiendo en nuestro transcurrir, basada en los acuerdos sobre objetivos estratégicos. En nuestro caso, esto significaba que los propósitos tanto explícitos como implícitos con los que establecíamos cualquier vínculo informal tenían como horizonte controlar la epidemia de VIH-sida en la ciudad⁶. Está claro que ambas lógicas se estructuran sobre la confianza, sobre lo no escrito. Sin embargo, para nosotros una es de corto alcance mientras que la otra apunta a fines más estratégicos, está en permanente construcción y necesita ser refrendada una y otra vez.

Potenciar las relaciones informales también fue un mecanismo utilizado para trabajar con las instituciones de salud. Con estas (tanto hospitales como centros de salud),

⁶ Este es un señalamiento necesario, ya que la elección del funcionario a cargo de la Coordinación Sida (director) fue realizada en función de una decisión política y no por un concurso de antecedentes. En este caso particular, la decisión del gobierno de Ibarra fue tener en cuenta los antecedentes técnicos en VIH-sida del director, a los que se sumaron los acuerdos ideológicos.

- hechos y palabras

al no existir lazos de confianza previos a la llegada del equipo de la Coordinación, hubo que construir ese camino desde la primera piedra.

Con la misma lógica que se había planteado el diagnóstico participativo inicial, era central mantener el contacto fluido con las instituciones a fin de conversar, analizar y discutir los modos de trabajo, para luego poder avanzar hacia una mejora en el funcionamiento de los servicios. El mecanismo utilizado fue el siguiente: a) detección, identificación, contacto y reconocimiento de personas conocidas en los servicios; b) establecimiento de reuniones con los equipos de salud convocados desde esas personas conocidas y también en forma oficial (esto para darle el marco legal); c) conversaciones con los equipos, aceptando la discusión como metodología de trabajo de esas reuniones; d) resolución o comienzo de los procesos para resolver los problemas planteados en esas reuniones; e) mantenimiento de una comunicación fluida con los equipos de salud, sin necesidad de mediaciones formales.

El núcleo central del interés de este tipo de desarrollo puede verse a través del esquema con el que se trabajó en los hospitales⁷, descripto en el Capítulo IV.6.

Encuentro de trabajo del hospital "x"

En estas reuniones se invitaba a participar a todos los trabajadores del hospital y su área programática –que incluye los centros de salud dependientes del hospital– que tuvieran contacto con la temática del VIH-sida. Esto incluía médicos infectólogos, obstétricos, enfermeros, trabajadores sociales, grupos de personas con VIH-sida, etcétera.

- 1 • Presentación del hospital desde la mirada de la Coordinación Sida construida a partir de la información enviada por la propia institución, apostando a que esta visión global pudiera ser analizada por los diferentes actores que tradicionalmente ven los procesos de modo fragmentado (por procedimientos).

⁷ Los contenidos de cada esquema de trabajo se fueron adaptando a los diferentes tipos de institución con los que se trabaja: centros de salud, comedores comunitarios, centros de gestión y participación, centros culturales, clubes, etcétera.

- 2 • En un segundo momento se planteaba la revisión de los circuitos del VIH-sida en el área.
- 3 • Luego se formulaba la pregunta “¿cómo seguimos?” para instalar una agenda de continuidad con cada grupo.

Por este camino fuimos ganando mayores niveles de confiabilidad. Partíamos de aceptar la existencia de problemas y mostrábamos disposición para resolverlos y para sostener nuestra presencia en los lugares en forma permanente para apoyar a los equipos. No existe en las instituciones de salud del GCBA una tradición que lleve a personas del nivel central a visitar sistemáticamente los establecimientos de nivel local para compartir el desarrollo de las tareas que allí se realizan.

El desarrollo de relaciones informales, sin embargo, ha tenido sus limitaciones, que están vinculadas al poder real que tiene cada sujeto dentro del sistema para impulsar cambios en prácticas que dependen también de otros. Más allá del interés y la motivación de las personas con las que se fueron estableciendo lazos de confianza y una mirada sobre el “cómo hacer”, las posibilidades de establecer y sostener modificaciones dentro de las instituciones por esta vía tienen un límite. La voluntad es necesaria pero no suficiente y es central analizar el poder de cada actor en cada momento y en cada lugar para estimar cuándo se acentúa el componente informal y cuándo el formal de una relación política. Debemos tener en cuenta que la norma establecida –con sus respectivos caminos administrativos– tiene siempre una cuota de vigencia, en muchos casos tendiente a obstaculizar cualquier cambio, pero en otros como soporte para que los cambios logrados en la práctica puedan institucionalizarse.

Una conclusión a la cual arribamos es que las relaciones informales abren las puertas y fluidifican los caminos, pero que la formalización de las estrategias es necesaria para que puedan ser visualizadas como parte de las prio-

ridades del sistema y tengan sustentabilidad en el mediano plazo.

A lo largo del tiempo se comenzó trabajando con los amigos, luego con los conocidos (fortalecimiento del polo informal) y más tarde con todo el sistema (fortalecimiento del polo formal). Esta lógica permitió incrementar la viabilidad del proyecto a partir de la incorporación de cada vez más actores comprometidos y posibilitó, al mismo tiempo, avanzar en propuestas y resolución de problemas que habían sido relevados en el análisis de situación de la epidemia al comienzo de la gestión.

La formalización de la gestión: Comités de sida, Centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CePAD), Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical

La construcción de un trabajo de articulación intra y extrainstitucional, la posibilidad de tener redes operando y lograr la sustentabilidad en este tipo de estrategia no dependen exclusivamente del desarrollo de una política en un área específica, sino de la posibilidad de que dicha política tenga cierta coherencia con las misiones de las instituciones y de los equipos en los que se cristaliza. Otro elemento central es que la política pueda sostenerse en el tiempo. En ese sentido, la efectividad y eficiencia de las acciones dentro de las instituciones son elementos que permitirán a la gestión, y a la política, ir ganando legitimidad.

La formalización de las políticas de la Coordinación Sida fue resultado de un proceso que acompañó la toma de decisiones sin anteponérseles. Fue una consecuencia de las acciones realizadas y tuvo el sentido de darles institucionalidad.

Una forma organizativa, en nuestro caso la Coordinación Sida, por inmadura que sea, es la que permite o no la formulación de ciertos propósitos, ciertas formas de ejercer la política. Sin embargo, cuando es débil no puede determinar un método de trabajo, por eso es necesario que la

organización avance tanto en el tema de la legitimidad como en el de la formalización. Esta, al mismo tiempo que normatiza las nuevas prácticas, aumenta la viabilidad de la propuesta.

Siguiendo la lógica planteada, cabe mencionar en primer término la aprobación del presupuesto anual que realiza la Legislatura de la ciudad de Buenos Aires. Cada año el Ejecutivo, en nuestro caso el Ministerio de Salud de la ciudad, eleva a la Legislatura su anteproyecto de presupuesto que se presenta desglosado por programa. En ese momento cada funcionario da cuenta de lo que se hizo durante el año en curso y de los fondos que solicita para acciones que se realizarán al año siguiente. En este sentido, haber presentado en seis oportunidades el anteproyecto presupuestario de la Coordinación Sida y no haber tenido casi ninguna observación fue parte del proceso de legitimación de esta estructura ante uno de los tres poderes de la ciudad⁸.

Comités de Sida

Otro de los espacios en los que se trabajó, a partir de una demanda de los profesionales de los hospitales y centros de salud, fueron los comités de Sida. En realidad estos eran un instrumento que ya existía como tal, y lo que se hizo fue una readecuación normativa, incluyendo un marco de pertenencia y de funcionamiento para estos comités. Además se realizó el seguimiento de los mismos en el nivel local con resultados disímiles. En los hospitales en los que existía un comité, se fortalecieron sus prácticas; en algunos de los hospitales donde no existían, fue un buen puntapié inicial para disminuir la fragmentación de las acciones y avanzar en el compromiso de toda la institución con el tema.

La nueva normativa para los comités de Sida estableció una propuesta diferente a la preexistente, ya que en la mayoría de los hospitales el tema del sida estaba exclusivamente en manos de los servicios de Infectología. Esta

⁸ Poderes ejecutivo, legislativo y judicial.

cuestión –la apropiación temática por un solo servicio– tiende a profundizar una de las dificultades existentes en las instituciones de salud respecto del VIH-sida: las conducciones de los hospitales asumen parcialmente su responsabilidad hacia los pacientes con VIH. Los resultados de la utilización de este instrumento han sido heterogéneos en función de construir viabilidad para un proyecto interdisciplinario y con responsabilidades compartidas, y las posibilidades de viabilizar las potencialidades se dieron en los hospitales en los que hubo un equipo de gente dispuesto a asumir el desafío.

Centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CePAD)

Las tareas de prevención, asesoramiento y diagnóstico requieren de alta complejidad en materia de organización, capacitación y recursos humanos (“tecnología leve”) pero no precisan “tecnología pesada o de alta complejidad”, y por ello pueden ser realizadas en espacios del primer nivel de atención, según puede leerse en una nota publicada en *Infosida* 1 (CeSAC N°2, 2001). En este sentido, ubicar servicios que cumplan las tareas antes mencionadas en lugares con mayor acceso a la población garantiza un gran impacto tanto en las acciones de prevención específica (asesoramiento, entrega de preservativos) como en la realización del test del VIH.

La estructuración de estas tareas dio origen a lo que se denominó Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico –CePAD– como espacios de trabajo y oferta de servicios que pueden ser abiertos en instituciones de salud, preferentemente del primer nivel de atención, así como en organizaciones comunitarias que dispongan de recursos mínimos tales como: a) articulación con el hospital para derivación de muestras y de personas que fueran diagnosticadas como positivas; b) extraccionista de sangre; c) espacio físico para la extracción; d) espacio físico para poder realizar el asesoramiento con confidencialidad; e) personas ca-

pacitadas para la prevención y para el asesoramiento; f) material de apoyo (folletos, preservativos), entre otros.

La estrategia de aumentar la accesibilidad al testeo con asesoramiento mediante la creación de CePAD en diferentes centros de salud, en hospitales y en organizaciones sociales tuvo su correlato en la legalización de esta nueva organización de trabajo. El marco normativo se hizo a través de la resolución del secretario de Salud de creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico de VIH/sida (CePAD). Esta resolución tuvo varios aspectos novedosos. El primero fue que se trató de la creación de una estructura de gestión; por lo tanto se dejaba en claro que con los recursos existentes había otra manera de funcionar, sin necesidad de incorporar recursos humanos o físicos. Dicho marco estaba dirigido a aumentar la accesibilidad en el primer nivel de atención de recursos vinculados a la prevención del VIH y la realización del testeo voluntario.

Además, el formato que se le dio a la resolución también resulta moderno, ya que además de ser un instrumento legal, es en sí mismo una herramienta de trabajo para los servicios. La resolución fue posterior a que estos centros empezaran a funcionar. Al ser una resolución, aparecía en el Boletín Oficial de la ciudad, con lo cual también permitía su conocimiento por fuera del ámbito exclusivo del Ministerio de Salud.

Entre los contenidos sobresalientes de esta resolución (N° 1060), luego desarrollados en una publicación de la Coordinación Sida (2005), se plantea la creación en el ámbito de la Secretaría de Salud de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) para VIH-sida, que funcionarían en los centros de Atención Primaria de la Salud, servicios hospitalarios y/u organizaciones comunitarias. Que los objetivos de los mismos eran articular la prevención del VIH-sida en espacios formales e informales de la vida social, potenciando las acciones por el trabajo articulado con otras instituciones y grupos; promover el

uso y garantizar la entrega de preservativos atendiendo las determinaciones culturales y subjetivas que dificultaban su utilización; promover y realizar el análisis de VIH como estrategia de prevención primaria y secundaria; promover la reducción de daños en usuarios de drogas y la prevención de la transmisión vertical en personas viviendo con VIH; construir un modelo de atención que brindara satisfacción a los usuarios y posibilidades de realización personal y gratificación a los miembros del equipo; enfatizar el momento del diagnóstico como espacio privilegiado de articulación de la prevención y la asistencia del VIH-sida; y realizar campañas informativas sobre la prevención del VIH y divulgar los servicios del CePAD, teniendo como objetivo llegar a otras instituciones y a usuarios potenciales.

El artículo segundo de la mencionada resolución apuntaba a definir quiénes podían ser los integrantes de los CePAD, designando como miembros activos de los mismos a aquellos profesionales de todas las disciplinas vinculadas a la salud, personal técnico y administrativo, personas de la comunidad y personas viviendo con VIH.

El desarrollo de los CePAD (en la actualidad hay veinte en funcionamiento) ha sido una de las estrategias centrales de la Coordinación Sida para aumentar la accesibilidad al testeo con asesoramiento en la ciudad de Buenos Aires⁹ y los mismos han adquirido legitimidad y legalidad como una manera novedosa de gestionar la articulación prevención-asistencia dentro de los equipos que trabajan con el VIH-sida en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH

Otro instrumento que fue apuntalando la legalidad de las acciones llevadas a cabo por la Coordinación Sida fueron las Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical (2002) que contaron con la aprobación y

⁹ En 2002 se habían realizado en estos centros 2.500 testeos con asesoramiento, para llegar a 6.100 en el año 2006. La tasa de retiro de los análisis, uno de los indicadores de calidad de los CePAD, es del 85 por ciento, que supera ampliamente la tasa de retiro de los hospitales, que está por debajo del 60 por ciento.

aval del Comité de Bioética del Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz. Para su elaboración se convocó a un equipo de expertos de aproximadamente 35 personas con representación de casi todas las instituciones públicas de la Ciudad que atienden este tema. Además de las recomendaciones acordadas, la publicación incluía información útil para el manejo cotidiano (artículos y lugares de acceso a bibliografía actualizada). Esta publicación tuvo el aporte de la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GTZ) y de la Cooperación Científico Técnica de la Embajada de Francia en Argentina.

Como una forma de avanzar en la legalización de una manera de entender las prácticas en prevención, las recomendaciones se presentaron en un acto público y se distribuyó información a la prensa a través de gacetillas, además de estar publicadas en el Boletín Oficial de la ciudad (Resolución 78/03).

El paso siguiente, para posicionar en la agenda del sector salud el tema de la prevención de la transmisión vertical y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas serodiscordantes, fue distribuir la publicación en hospitales junto a la realización de talleres con los servicios involucrados en la atención de las mujeres embarazadas y niños.

Si bien la existencia de estas herramientas no garantiza su ejecución, son parte de un camino de apropiación de los trabajadores de salud de estas nuevas metodologías, basadas en un primer paso que es el impacto simbólico observado. Cuánto es el tiempo necesario para que la nueva norma quede instituida, no podemos evaluarlo en forma unidireccional, pero entendemos que parte de los resultados obtenidos en la disminución de la tasa de transmisión vertical y el menor número de niños con sida tienen que ver con estas formas de ir instalando la política de la Coordinación.

- hechos y palabras

BIBLIOGRAFÍA

- Barreda, V., "Consentimiento informado: ¿trámite o regla ética?". En *Infosida* N° 2, año 2, pp. 32-35, Buenos Aires, octubre de 2002.
- CeSAC N°2, equipo de VIH-sida del Centro N° 2 Dr. Ramón Carrillo, "Hacia la creación de centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico de VIH-sida en espacios comunitarios". En *Infosida* N° 1, año 1, pp. 36-39, Buenos Aires, noviembre de 2001.
- Coordinación Sida, Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, *Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD): Herramientas para su desarrollo*, Buenos Aires, noviembre de 2005.
- Coordinación Sida, Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*, Buenos Aires, 2002.
- Chorny, A., *Gerencia estratégica de servicios de salud*, Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.
- Chorny, A. "Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes". En *Cuadernos médico-sociales* N° 73, Rosario, 1998.
- Decreto N° 2137, 29 de noviembre de 2000. Publicado el 15 de diciembre de 2000 en Boletín Oficial 1.091 del GCBA.
- Ley N° 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionada en febrero de 1999. Publicada el 28 de mayo de ese año en el Boletín Oficial N° 703.
- Ley Nacional de Sida y su decreto reglamentario. Ley n° 23.798, 1990/1991.

- Matus, C., *Adiós Señor Presidente*, Santiago de Chile, LOM, 1998.
- Menéndez, E., "Participación social en salud como realidad y como imaginario social privado". En *Cuadernos médico-sociales* N° 73, Rosario, 1998.
- Ministerio de Salud de la Nación, Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS, "Plan Estratégico en VIH/SIDA y ETS 2000-2003", Argentina.
- Onocko Campos, R., *O Planejamento no labirinto. Uma viagem hermenéutica*, Tese de Doutorado, DMSP/FCM, Unicamp, 2002.
- Resolución 78/03, Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Publicada en el Boletín Oficial N° 1.620 del 30 de enero de 2003.
- Resolución N° 1060/SS/02, Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Publicada en el Boletín Oficial N° 1.941 del 14 de mayo de 2004.
- Toro Papapietro, L., "Notas sobre planificación estratégica". En *Infosida* N° 4, pp. 26-35, Buenos Aires, noviembre de 2004.
- Toro Papapietro, L., *Gestión y planificación estratégica descentralizada y participativa (PEDEP) en respuesta al VIH/sida*, Buenos Aires, Mimeo, 2000.
- Sousa Campos, G. W., *Un método para el análisis y la cogestión de colectivos – la constitución del sujeto, la producción de valor de uso y la democracia en instituciones: el método de la rueda*, San Pablo, Hucitec, 2000.
- Testa, M., "Pensamiento estratégico y lógica de programación. El caso de salud". En *Publicación* N° 11. Argentina, OPS, 1989.



La gestión como
· espacio de cambio
· (Desde dónde)
·
·
·
·
·
·
·

Silvana Weller

LINEAMIENTOS TEÓRICOS, MÉTODO DE TRABAJO Y EJEMPLOS DE ACCIONES DESARROLLADAS EN BASE AL PARADIGMA PROPUESTO

Las personas no quedamos hechas de una vez y para siempre a partir de las primeras experiencias y vínculos transcurridos en la infancia. Aquí partimos de las teorías que proponen que las personas nos vamos coconstruyendo o coproduciendo en función de lo cotidiano de nuestras acciones, del tipo de vínculo que vamos estableciendo con los otros y con nuestro trabajo, y también en función de las reglas o modos de vivir dentro de las instituciones donde estamos (Campos, 2000). El trabajo monótono nos vuelve posiblemente más monótonos, el trabajo creativo nos vuelve potencialmente más creativos.

Tal como señala Rosana Onocko Campos (2002), las personas que entran a trabajar en los establecimientos que conforman los sistemas de salud (hospitales, centros de salud) suelen tener ideales altruistas y actitudes positivas con respecto a la contención y el sufrimiento de los otros. Sin embargo es frecuente observar que estas personas, con el paso del tiempo, pueden adoptar conductas de indiferencia y en algunos casos, incluso, actitudes de crueldad ante el sufrimiento de las personas que tienen que atender. ¿Por qué ocurre esto? ¿Se trata de comportamientos excepcionales, inhumanos?

Onocko Campos va a responder que es **justamente la humanidad** de los profesionales y trabajadores de la salud (su “ser humano”) lo que puede transformar un equipo abnegado en una (aparente) “banda de sádicos” (Onocko Campos, 2003). Esta transformación se produciría en el contexto del trabajo, en la interacción de los profesionales con los pacientes, inmersos en un sistema que se maneja con ciertos modelos de entender el trabajo en salud y de gobernar ese sistema.

Es preciso entonces tomar un tiempo para volver a pensar qué es lo específico del trabajo en salud, por qué es di-

- hechos y palabras

ferente a otros trabajos. Y también cuáles son los modos en los que las instituciones van modificando a las personas. Esto nos va a permitir mostrar algunas ideas que son el soporte conceptual para la *búsqueda intencional de cambios*, en una dirección positiva y no destructiva con respecto a los que trabajan en salud. Como veremos, la apuesta a incrementar los recursos con los que cuentan quienes trabajan en salud y a mejorar la calidad de los vínculos que los mismos mantienen entre ellos y con la tarea de cuidar a otros, es una acción indisociable de la apuesta al mejoramiento de la calidad de atención de los usuarios del sistema.

El trabajo en salud requeriría en principio de técnicos y profesionales que sostuvieran el interés y la capacidad creativa en la realización de su tarea, a fin de enfrentar los desafíos de trabajar de modo cotidiano con personas y con problemas que en algunos casos (la mayoría de las veces) son similares, pero muchas veces son diferentes, e incluso excepcionales. ¿Cómo generar contextos, modos de organizar el trabajo que estimulen la solidaridad, la creatividad, la libertad y la responsabilidad? De esto tratará el capítulo que estamos presentando.

LINEAMIENTOS TEÓRICOS

Autoritarismo, abandono y democracia institucional

“En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires la atención primaria de la salud es una cosa, y todos los hospitales son otra cosa, entonces lo que sucede es que todos hacemos todo y ahí nos perdemos.”

“Yo creo que cada hospital... es como que nos manejamos como islas perdidas.”¹

Los cambios en los tipos y proyectos de gobierno que han vivido el país y la ciudad en los últimos treinta años se han reflejado poco en el modo en que se gobierna y ges-

¹ Testimonios de profesionales médicos del sistema de salud (Secretaría de Salud, 2004).

tiona el sistema de salud. El modelo formal de gobierno del sistema es básicamente vertical. Esta verticalidad se recrea en los organigramas de los hospitales y en la forma de conducción de los centros de salud.

Se “bajan” programas y órdenes desde los niveles centrales a los niveles locales, y este modelo se reproduce en los establecimientos que forman parte del sistema en varios sentidos: en el modo de relacionarse entre los hospitales y los centros de salud, y en el modo de organización del sistema de mando dentro de cada una de esas instituciones. Y también en el modo frecuente de interactuar del profesional/equipo con el paciente/usuario, en la medida en que le “baja” instrucciones que favorecerían un mejor estado de salud (más allá de quien sea cada uno).

Se recrean también otras desigualdades tales como las relaciones jerárquicas entre las disciplinas, las relaciones jerárquicas entre los géneros, las diferencias de poder vinculadas al lugar social que ocupan los agentes por fuera del sistema de salud y las distintas “habilidades” de algunos para realizar usufructo privado del espacio público.

Este verticalismo puede apreciarse en dos niveles sólo diferenciables a los fines analíticos: la falta de espacios donde se discuta/converse/dialogue sobre propuestas a llevar adelante (se intercambien agendas de intereses y prioridades, se formulen proyectos) y el tipo de vínculo que domina las relaciones entre las personas que forman parte del sistema y que deberían, de algún modo, hacer cosas en común.

Es preciso considerar entonces la vigencia simultánea de dos tipos básicos de vínculo entre los actores del sistema: el *vertical/autoritario* y otro que no figura en los organigramas pero que se respira de modo permanente: el del *abandono*.

Por múltiples motivos que aquí sólo listaremos (vigencia en el sistema público de salud de varias líneas de mando, distancia entre el nivel político representado por los funcionarios y el personal de planta, peso y capacidad

de manejo de los gremios y asociaciones profesionales), el modelo de mando vertical fracasa de modo permanente al pretender gobernar un sistema público de salud como el nuestro (por su complejidad y magnitud), y deja entonces a la mayoría de los actores librados a su propia fuerza, que es a lo que hemos dado en llamar el gobierno por abandono. No te mando, no te controlo, no te acompaño. Ley de la selva, del más fuerte.

Muchos actores pierden el sentido, en su doble acepción de por qué y para qué estamos y hacemos. Algunos simplemente “están”. Otros reconstituyen el sentido desde sus propias aspiraciones, que no siempre son compatibles con el “sentido formal” de la organización.

Esto da como resultado una gama infinita de relaciones informales que se han ido gestando y acumulando con el paso de los años, y han dado lugar a sistemas de atención y derivación paralelos al modelo formal. Un estudio realizado por nosotros (Weller, 2004) mostró algunas características de ese sistema donde “viven” los equipos. A modo de ejemplo, y en función de los hallazgos del citado estudio, el sistema estaría conformado no sólo por los hospitales y los centros de salud, sino también por fundaciones privadas, muchas de las cuales funcionan en espacios cedidos por los hospitales públicos. Observamos que entre muchos trabajadores se ha naturalizado la idea de que la forma de mejorar el servicio (y las condiciones de trabajo) es creando fundaciones.

El actor fundamental del sistema sin duda es el hospital –siempre de acuerdo a los resultados del estudio– conformado a su vez por los diferentes servicios de salud y equipos de trabajo que le dan vida. Sin embargo, pareciera ser que lo que funciona como *unidad básica* es el equipo de salud, y no el hospital. De este modo, cada equipo de salud realiza derivaciones a otro equipo del mismo hospital, o bien al de un hospital diferente.

Las derivaciones de pacientes entre equipos de salud se basan en los siguientes criterios: proximidad geográfica

(derivaciones a otros equipos del mismo hospital), proximidad de criterios profesionales y/o acuerdos ideológicos (derivación a equipos de otros hospitales en quienes se tiene confianza o lazos consolidados de trabajo conjunto dentro de las lógicas del sistema público), existencia de relaciones laborales de tipo privado tales como la participación de los equipos de diferentes hospitales en estudios multicéntricos con financiamiento privado.

Conviene destacar que las derivaciones entre equipos de salud responden a lógicas diversas. En algunos casos el hospital no cuenta con algún servicio, por ejemplo: obstetricia. En ese caso, los médicos infectólogos tienen que hacer una derivación para sus pacientes con VIH al momento del embarazo. Si bien algunos circuitos de relación entre los equipos y de derivación de pacientes están legitimados con los niveles políticos del Ministerio de Salud, fundamentalmente a través de la promoción de redes de trabajo dentro del sistema, la mayoría son desconocidos por las sucesivas conucciones políticas, por lo menos de modo formal.

Dentro de algunos hospitales públicos funcionan fundaciones privadas que gozan de la estructura edilicia y los servicios públicos provistos por el hospital (luz, gas, comunicaciones telefónicas, etcétera) así como del trabajo rentado de personal que pertenece administrativamente al mismo. Se trata (de igual modo que lo reseñado para el caso de los estudios multicéntricos o protocolos) de auténticas zonas grises de articulación de intereses públicos-privados (Weller et al., 2005). Estas fundaciones seleccionan pacientes del hospital público como beneficiarios de programas de investigación que cuentan con financiamiento privado. A su vez, en materia de derivación, funcionan como cualquier proveedor público. Estos “grises” no sólo operan para los trabajadores del sistema sino también para los usuarios. No es raro escuchar a una persona decir que está mejor su salud porque “me atiendo en la fundación X” cuando en realidad se atiende en un hospital público.

Este orden de cosas da lugar también a derivaciones de

pacientes del sistema público a proveedores privados en dos circunstancias diferentes, con distinto tipo de legitimidad: para ofrecer prestaciones que no están contempladas entre las prestaciones del subsector público (por ejemplo, prácticas vinculadas a fertilización asistida) y para ofrecer “mejor accesibilidad” a prácticas que sí están contempladas en el subsector, tal como es ejemplificado en un estudio reciente sobre el sistema de salud porteño (García y Margulies, 2006), donde se detectaron derivaciones frecuentes a instituciones privadas para la realización de estudios ecográficos en mujeres embarazadas.

El panorama reseñado tiene enormes implicancias para los equipos de gestión que se proponen democratizar el acceso a la salud, en la medida en que la modificación de estas situaciones tan grises como estructurales requiere de una voluntad política que claramente excede al poder de un sector o de un grupo.

Cuando un equipo se dispone a proponer líneas de trabajo que avancen en la racionalización del uso de los recursos, o en el mejoramiento de la accesibilidad del sistema encontrará diferentes tipos de resistencias y niveles de oposición, y será parte del análisis coyuntural de cada escena definir si los impedimentos se deben a la desidia o al desinterés, al desánimo de profesionales cansados de “luchar solos contra el sistema” o si se está ante profesionales que han organizado la atención de un modo diferente al propuesto, basados en las defensas de intereses particulares-privados.

En este contexto institucional, muy posiblemente comparable a situaciones que se observan en otras ciudades y países (Campos, 1997), apostamos desde la Coordinación Sida a construir un modelo de gestión sustentado en espacios y modalidades de trabajo que permitiera experimentar relaciones más democráticas.

Experimentar relaciones democráticas en el día a día, circular y trabajar en marcos, instituciones y vínculos democráticos. ¿Qué quiere decir esto? Reconocimiento institucional de la existencia del otro, de la legitimidad de sus aspiraciones

(egoístas y altruistas), de sus derechos y de su potencial capacidad para dirimir cuestiones. Reconocimiento de diferencias que puedan ser vividas como complementarias, no sólo como jerárquicas o competitivas. Traducido al tipo de vínculo: predominio de creatividad y solidaridad versus aplastamiento, dominación y/o destrucción del otro. Apostar a un sistema en el que no primen el abandono, “la ley del más fuerte” y el “sálvese quien pueda”.

Un método para avanzar en la democratización de la producción de la salud

La Coordinación Sida ha buscado construir –en la medida de lo posible– un modelo de gestión participativa que tiene como horizonte estratégico-político de todas sus acciones el fortalecimiento de las capacidades autónomas de los miembros del equipo que la conforman, así como la de los equipos de salud que llevan adelante las acciones preventivas y asistenciales en materia de VIH-sida dentro y fuera del sistema público de salud de la ciudad.

En consonancia con los desarrollos de Testa (1993: 128) se considera que:

La democratización interna de la organización sanitaria es uno de los eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre realmente al servicio del conjunto de la población.

Una de las formas de llevar a la gestión cotidiana este objetivo estratégico (¿utopía?) consiste en la búsqueda de oportunidades para la construcción de espacios *colectivos* donde diferentes actores del sistema y de la sociedad civil puedan “contar con un *lugar* y un *tiempo* específicos en los que se generen encuentros entre sujetos, y se construyan oportunidades para el *intercambio de información, el análisis y la toma de decisiones* sobre temas relevantes” (Campos, 2000)².

² La traducción del portugués es nuestra.

Vamos a detenernos en esta definición de espacio colectivo, en la medida en que es la herramienta metodológica básica que permite realizar las actividades de gestión de un modo diferente a como se hace tradicionalmente dentro de nuestros sistemas de salud.

El primer elemento de la definición habla de la creación de un **espacio** y de un **tiempo** que será destinado al “respiro”, a detenerse, a poder pensar el **sentido** de lo que se está haciendo y de lo que se quiere hacer (Onocko Campos, 2003).

Siempre hay un actor que convoca a la reunión o encuentro (el gestor); ese actor tiene la responsabilidad de fijar un tiempo y un espacio amigables para los otros participantes, esto es: que considere los intereses de los otros. ¡La primera violencia que suele ejercerse desde quien tiene el poder de convocar a otros es definir algún lugar o tiempos que sólo son cómodos para sí mismo!

El gestor o equipo tiene también la responsabilidad de contar con una *agenda de ofertas*, esto es: de propuestas que serán puestas en consideración a los otros integrantes del encuentro. Este señalamiento que puede parecer una obviedad deja de ser tal si recordamos a cuántos encuentros/reuniones/talleres hemos sido convocados y de los que salimos sin tener la menor idea de *por qué y/o para qué* eran. Es que también hay “modas” dentro de las gestiones, y hacer “reuniones con todos los actores”, “talleres”, “encuentros” es algo visto como democrático y “simpático” en sí mismo.

En ese espacio colectivo, entonces, ocurrirán **encuentros** entre “sujetos”. La forma tradicional de comprender a los que trabajan en salud es bajo la forma de “*recursos humanos*”. En el espacio colectivo no se reunirán “*recursos humanos*” sino *sujetos*, personas que si bien son convocadas por algún rasgo profesional y/o laboral, siguen siendo personas que serán varones o mujeres, médicos o fonoaudiólogos, profesionales o vecinos del barrio, médicos infectólogos o personas que viven con VIH.

Es decir que en el espacio colectivo se considera que entre las personas, además de intereses comunes (por ejemplo, desarrollar una campaña de prevención de VIH en una escuela), hay también realidades subjetivas y socioculturales diferentes, lo que significa personas con diferentes tipos de poder desde el punto de vista de cómo está estructurada nuestra organización social. En cualquier espacio colectivo se expresarán tensiones vinculadas a la “verticalidad” de los sujetos presentes, esto es: a sus inserciones sociales. Y también tensiones inherentes a que somos *humanos* (¡y no sólo *recursos*!).

Quiere decir entonces que quien convoca tiene bajo su responsabilidad no sólo contar con recursos técnicos (propuestas técnicas) sino que también debe estar capacitado para explicitar y lidiar con las relaciones de poder vigentes, que siempre se expresan y operan en las reuniones donde se encuentran sujetos con intereses diferentes y que tienen sus pies puestos en terrenos también diferentes (Weiss, 2006).

En el espacio colectivo, quien convoca (el gestor y/o los integrantes del equipo de gestión) tiene la responsabilidad de *construir oportunidades* para que ciertas cosas ocurran: el *intercambio de información*, el *análisis* de la misma y la *toma de decisiones*.

Es decir que estamos hablando de un espacio en el que quien convoca no buscará controlar a los convocados o darles órdenes sino que, por el contrario, se propone:

Crear e instituir un espacio en el cual se pueda experimentar la toma de decisiones colectivas. Espacios en los cuales sea posible formular proyectos. Espacios que puedan transformarse en instancias (Lagache y Pontalis, 1992) en el sentido de que allí se pueda procesar aquello que les llega a los convocados, y tener un grado mayor de análisis de la implicación con aquello que las personas producen. (Onocko Campos, 2003: 128)

La construcción de espacios colectivos, entonces, es una herramienta que busca contrarrestar los modos tra-



dicionales de experimentar la vida dentro de las instituciones de salud.

El modelo gerencial tradicional (Campos, 2000) contribuye al establecimiento de patrones en los modos de relacionarse entre las personas, sumamente marcado por la amenaza que el otro representa. La mayoría de los grupos que encontramos en los servicios de salud, y también en los niveles gerenciales o centrales, no son grupos sino agrupamientos; no tienen constituida un área de relaciones intersubjetivas que permita que la experiencia de la diferencia no sea vivida como mortal. El otro como amenaza. El otro como depositario de todo lo que hay de malo. El otro como aquello que me impide crecer. (Onocko Campos, 2003: 135)

El primer paso del gerente/equipo de gerencia –que en realidad más que un paso siempre constituye un proceso– es la construcción paulatina de niveles de confianza que vayan garantizando que las personas puedan participar de un espacio colectivo sin riesgo para su supervivencia como personas, esto es: que pueda sentir que el espacio lo va a enriquecer y no se lo intentará aniquilar o utilizar instrumentalmente para fines ajenos a sus intereses.

Esto significa de modo explícito tomar como objetivo de la gestión la necesidad de intervenir sobre los aspectos subjetivos de quienes trabajan en salud, así como sobre los vínculos intersubjetivos que se activan en los momentos de encuentro.

Este modo de ver las cosas se contrapone a uno de los lineamientos básicos de los modelos tradicionales de gestión, que es el que considera que hay una buena forma de definir las prioridades y desarrollar las acciones, que es pensada por técnicos o expertos que saben más, y que los intereses o deseos de los otros sólo pueden oficiar de obstáculos a esas mejores formas. Aquí estamos planteando que la mejor forma de realizar un proyecto en común con otros es habilitando la

expresión de los diferentes intereses y estilos particulares de organizar los problemas, teniendo en cuenta que siempre las personas vienen de diferentes tradiciones de pensar y hacer, con diferentes experiencias e intereses particulares.

En los espacios colectivos se buscará entonces llevar adelante la gestión ampliada (Campos, 2000), lo que implica ocuparse de modo colectivo de lo que es la función clásica de la gerencia: la administración de cosas (materiales, equipamiento y dinero). Pero también se trabajará sobre la *definición de necesidades en salud*, sobre la *fijación de objetos de trabajo y objetivos*, sobre la *organización del trabajo* necesario para implementar la respuesta a esas necesidades.

La producción de un espacio colectivo apuesta entonces a generar una instancia en que las personas convocadas puedan ir produciendo un **nosotros** con relación a una tarea común, que será construida desde el inicio en ese contexto. Esto permitirá trabajar sobre un objeto común que no es externo a los sujetos. Esto es lo que Campos (2000) denomina la construcción de un **objeto de investimento**. El mismo se define del siguiente modo:

Como en el psicoanálisis, el concepto de objeto no se refiere a la objetividad, sino a entes o fenómenos sobre los cuales el sujeto o el colectivo organizado consiguen investir afectos. La aproximación entre el objeto de trabajo y el objeto de investimento es un desafío asumido por el método de la rueda. Construir con los equipos objetos de investimento relacionados, de alguna forma, con la producción de valores de uso es un medio para atenuar el coeficiente de alineación durante el trabajo. (Campos, 2000: 235)

En el espacio colectivo entonces se aplica un **método** que busca combinar las ofertas provenientes del saber sanitario que tiene el gestor/equipo de gestión con las demandas, intereses y valores de los otros actores con los

- hechos y palabras

que se quiere trabajar en conjunto para hacer algo. Se busca la construcción dialogada de un proyecto de intervención. Para esto se intercambia información, se la analiza de modo conjunto y se toman decisiones con respecto a la definición del problema y del objeto de trabajo: qué hacer, cómo, con qué recursos, con qué actores, en qué tiempos, etcétera.

El momento de la toma de decisión en el espacio colectivo es sin duda aquel en que se produce la **distribución de poder**, en la medida en que se ejerce en la práctica un reconocimiento de que todos tienen una cuota de poder y de responsabilidad social (compromiso). La toma de decisión significa también la definición clara de encargos/responsabilidades para todos los involucrados. El “precio” de la libertad es la responsabilidad.

De la heterogestión³ a la cogestión

En la introducción a su libro *Un método para el análisis y la cogestión de colectivos – La constitución del sujeto, la producción de valor de uso y la democracia en instituciones: el método de la rueda⁴*, el destacado sanitarista brasileño Gastão Campos (2000: 13) comienza con la siguiente afirmación:

Después de varios años lidiando con gente, concluí que no sabía casi nada sobre el asunto. Así, me dieron ganas de construir un método que nos auxiliase para lidiar con personas. Un estudio sobre el trabajo en equipo. Un ensayo crítico que fuese generando un método: maneras de analizar y gerenciar personas trabajando en conjunto. Imaginé un desafío: ¿y si la gestión y la planificación asumieran, explícitamente, como tarea, trabajar no solamente la producción de cosas, sino también la construcción de personas y de colectivos organizados?

Repensar el significado y el modo en que se organiza el

3 Modelo de gestión taylorista, donde el ejercicio de poder se realiza “desde afuera” del sujeto o actor.

4 El libro consta de cuatro partes que son:
1) Ejes de conformación del método; 2) La coproducción de sujetos y de colectivos: la función Paideia; 3) Democracia institucional y cogestión de colectivos organizados para la producción; y 4) Método para apoyo a colectivos organizados para la producción: la capacidad de análisis y de intervención.

trabajo. Entenderlo como una doble finalidad: producir bienes y servicios necesarios al público, pero también cuidar de la constitución del sujeto y de los colectivos. La idea es que la gestión sea una tarea colectiva –sistemas de *cogestión*– y no solamente una atribución de minorías poderosas o de especialistas.

El ejercicio del cogobierno sería entonces dependiente de la producción simultánea de espacios colectivos que cumplirían tres funciones básicas (Campos, 2000):

- La *función clásica*, que es la de administrar y planificar procesos de trabajo teniendo como objetivo la producción de valores de uso;
- Otra de *carácter político*, la *cogestión* como una forma de alterar las relaciones de poder y construir la democracia en instituciones;
- Y todavía una *pedagógica y terapéutica*, la capacidad que los procesos de gestión tienen de influir sobre la constitución de sujetos.

El método de gestión que propone Campos tiene uno de sus principios fundantes en lo que el autor llama “el carácter anti-Taylor del método”. El libro *Principios de la administración científica*, de Taylor, fue fundador de un estilo de gobernar que en sus principios generales no fue superado: los ejes principales de los métodos de control se basan en la *disciplina* y el *control*. Estos sistemas, más que comprar la fuerza de trabajo, exigen que los trabajadores renuncien a sus *deseos* e *intereses*, sustituyéndolos por objetivos, normas y objetos de trabajo ajenos a ellos.

Tanto el Segundo principio de la teoría taylorista –separación del trabajo intelectual o momento de concepción/momento de ejecución– como el Cuarto principio –centralización del poder de planear y de decidir en la dirección de la empresa– buscan limitar la *autonomía* e iniciativa del trabajador. Se admite la libertad tan sólo para los que trabajen mejor según el interés y la visión de la di-

- hechos y palabras

rección general. La autonomía se admite si aumenta la productividad. Se busca reducir a los sujetos trabajadores a su objetividad máxima: crear una máquina administrativa que reduzca los deseos e intereses de los trabajadores al mínimo posible (Campos, 2000).

Taylor afirmó que el carácter científico de la gerencia está en la eliminación de todo trazo de subjetivismo en el momento de la ejecución de las tareas. El sueño es desarrollar un método y técnicas de gestión social que eliminen la singularidad del momento.

La construcción de autonomía entre los trabajadores no fue tomada como un desafío central por las escuelas de administración. Sin embargo, ¿no es este el desafío central de cualquier sistema democrático de gobierno que se pretenda eficiente y democrático: administrar diferencias entre distintos deseos e intereses y no ignorarlos, negarlos, reprimirlos en nombre de una supuesta objetividad? (Campos, 2000)

Las propuestas autogestionarias surgieron justamente para contrarrestar esos males. En un mundo en el cual todos se autogestionaran ya no habría necesidad de gestores, ni de una disciplina que les diese anclaje. La autogestión puede funcionar en el lugar de la utopía libertaria, pero la ubicación de un espacio de gestión en un tiempo y en un lugar nos llevará irreversiblemente a la necesidad de pensar en algún sistema de cogestión, en la medida en que ningún grupo puede prescindir por completo de los demás.

Así, coincidimos con Campos (2001: 93) cuando afirma que:

A diferencia de los analistas institucionales (...) se sugiere que el objetivo de la autogestión no sólo será inalcanzable sino también indeseable. Porque esto implica una falta de compromiso con los intereses ajenos y podrá redundar en autogobierno con características excluyentes.



Es por esto que se elige como concepto rector el de la cogestión o cogobierno:

Todos con capacidad de decisión, por consiguiente, decidiendo al tener delante otras instancias, deliberar entre intereses en pugna, en negociación permanente, en discusión y recomposición con otros deseos, con otros intereses, y con otras instancias de poder. (Campos, 2001: 95)

Un sistema de cogestión depende de la construcción ampliada de “capacidad de dirección” entre el conjunto de personas de un colectivo, y no solamente en su cúpula.

Gran parte de las discusiones y de la toma de decisiones ocurre en el día a día, reservando para las instancias colectivas temas y cuestiones de mayor relevancia. Encuentros cotidianos entre directores y trabajadores, trabajadores y trabajadores, equipos y usuarios, directores y usuarios. Espacios de análisis, toma de decisión, implementación de tareas.

Para que el sistema de cogestión funcione es fundamental que se puedan tomar decisiones en el espacio de gobernabilidad de cada uno y que apenas lo contradictorio, lo nuevo o lo desconocido sean llevados para instancias colectivas. La omisión o parálisis de los agentes desmoraliza la gestión participativa (Campos, 2000).

Esquemas de organización para viabilizar el cambio en salud: arreglos organizacionales estables y dispositivos eventuales

Tanto la subjetividad como la cultura de las personas o de una organización son socialmente producidas. Son el resultado de la estructura, del funcionamiento organizacional y de la ordenación específica de los procesos de trabajo. En este sentido, la cultura y la subjetividad de los equipos de trabajo serán productos con múltiples determinaciones. Dependerán de los saberes dominantes: la clínica médica,

por ejemplo, condiciona y produce valores, posturas, deberes y responsabilidades. No obstante, también lo hace el pensamiento reformista, el de la salud mental, o el propio psicoanálisis, como cualquier otra disciplina (Campos, 2001).

Además de esto, la subjetividad y la cultura dominante en las instituciones son también influenciadas por el protagonismo de los grupos, es decir, **son pasibles de cambios por medio de la acción humana**. En este sentido, el estilo de gobierno y la estructura de poder de las organizaciones condicionan y determinan comportamientos y posturas. Un sistema de poder muy verticalizado, con toma de decisiones centralizadas, tiende a estimular la falta de compromiso y la alienación entre la mayoría de los trabajadores. Un proceso de trabajo centrado en *procedimientos* y no en la producción de salud tiende a diluir el compromiso de los equipos de salud con los usuarios.

Cada modo específico de organizar la vida sirve a la concreción de determinados objetivos y no de otros. Por lo tanto, las lógicas de gobierno y de los procesos de trabajo no son nunca inocuas.

Uno de los principales secretos para asegurar la calidad en salud estaría en una adecuada combinación de **autonomía profesional** con cierto grado de definición de **responsabilidades para los trabajadores**. Por ello es necesario inventar modos de gerenciar que no castren la iniciativa de los trabajadores ni dejen a las instituciones totalmente a merced de las diversas corporaciones profesionales (Campos, 2001: 101). La autonomía presupone libertad, pero para que el trabajo autónomo sea eficaz, presupone también capacidad de responsabilizarse por los problemas o intereses de los otros.

¿Cómo combinar libertad con control? ¿Cómo generar nuevos modos de hacer las cosas? La propuesta es trabajar con dos conceptos: el de “arreglos institucionales” y el de “dispositivos” como artilugios para apostar a la aparición de lo nuevo. Los modelos de organización utilizados para generar cambios en los modos de producir la salud pueden

tener carácter más estable y son los denominados “arreglos institucionales”. También pueden tener carácter más eventual; en ese caso hablamos de “dispositivos” (Campos, 2001).

Según Barembliitt (1992: 151, apud. Campos, 1998: 144), “dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo radical”. Los dispositivos aparecen como combinaciones variadas de recursos que alteran el funcionamiento organizacional, pero que no forman parte de la estructura de las organizaciones. Serían artificios que se introducen con el objetivo de instaurar algún proceso nuevo, programas asistenciales, modificaciones en la cultura institucional, etcétera. Cuando se anhelan cambios se acostumbra a utilizar dispositivos para intervenir en la realidad cotidiana.

Los *dispositivos* tienen, en general, carácter transitorio y no logran alterar la lógica fundamental del funcionamiento de las organizaciones, ya sea en su dimensión gerencial como en los aspectos asistenciales (por ejemplo: talleres, capacitaciones, seminarios, etcétera). En casos de éxito, se modifican aspectos puntuales gracias a los efectos de estos dispositivos. No obstante, casi siempre la lógica estructural de las organizaciones está preservada.

Las características principales del dispositivo son: 1) su potencial para crear espacios de encuentro donde puedan alterarse los modos jerárquicos y burocratizados de toma de decisión, y 2) el carácter eventual, que lo distingue de otros espacios colectivos más estructurados y que forman parte de los organigramas de las organizaciones (por ejemplo, nuevos modos de organizar la estructura de las direcciones, los departamentos, etcétera).

El concepto de dispositivo fue desarrollado para la gestión por Campos (2000) con la intención política de democratizar los modos de producir salud y de vincularse entre los actores del sistema. En trabajos posteriores, Onocko Campos (2003, 2007) desarrolló el concepto y generó una

- hechos y palabras

amplia gama de recursos conceptuales y técnicos con el fin de transformar la actividad muchas veces burocratizada de la **planificación** en *dispositivos* que permitieran a los equipos revisar de modo colectivo los *sentidos* de sus acciones. Según la autora:

Es función de la planificación instalarse como un espacio de mediación entre el objetivo del trabajo en salud y la subjetividad de los grupos que están ocupados de esa acción. Así se postula la idea de la planificación como un espacio de mediación y ya no más como una tecnología. (Onocko Campos, 2003: 31)

Un camino similar emprendió Furtado (2001: 165), quien encontró en la tarea de **evaluación de programas** una oportunidad para “establecer coherencia entre la evaluación y un sistema de gestión participativa” destacando la necesidad de colocar en primer plano del proceso de evaluación a:

Los grupos de interés en una intervención dada, la consideración de la complejidad y diversidad del contexto, los datos y construcciones que allí se originan, la preocupación con la utilización de la información y del mismo proceso de evaluación como dispositivos para el desarrollo de los programas y servicios. (Furtado, 2001: 180)

A continuación se mostrará con algunos ejemplos cómo fueron aplicados estos conceptos en el modo de organizar el trabajo dentro de la Coordinación Sida.

La organización del equipo de Prevención se basó en el modelo de arreglo institucional denominado “equipo de referencia con apoyo matricial”, que es una forma de organizar el trabajo que se propone disminuir la fragmentación del modo en que se produce la salud, aumentar la capacidad de aprovechamiento del conocimiento de los especialistas y fortalecer los vínculos del equipo de nivel central con los equipos de los niveles locales.

Para mostrar la implementación de la idea del dispositivo como modo de intervención puntual pero con intenciones de cambio político y sanitario, se mostrará la manera en que fueron utilizadas la capacitación y la investigación como dispositivos de gestión.

ARREGLOS Y DISPOSITIVOS DE GESTIÓN

El equipo de prevención: de la organización por componentes temáticos al equipo de referencia territorial con apoyo matricial

Como fuera señalado, una de las primeras acciones llevadas adelante por la Coordinación Sida fue la realización de un diagnóstico participativo sobre el estado de la respuesta al VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires (ver Capítulo II). Para ello se recurrió a los datos disponibles y a las opiniones de los actores del sistema de salud público involucrados en la prevención y asistencia. La principal conclusión de ese diagnóstico realizado en los dos primeros meses de gestión fue que, si bien los aspectos vinculados al **tratamiento** de las personas afectadas por el VIH-sida (PVVS) estaban bastante organizados, el trabajo en **prevención** tanto primaria (prevención de nuevas infecciones) como secundaria (atención a la calidad de vida de las PVVS) eran áreas vacantes de creación y organización, si bien se realizaban acciones esporádicas, libradas a la buena voluntad de algunos actores.

A fin de ejemplificar este desfase entre los desarrollos preventivos y asistenciales, basta señalar que a diciembre de 2000 la ciudad repartía medicación antirretroviral para todos los pacientes que así lo requerían, pero no estaba considerada la entrega de leche modificada para las mujeres con VIH que inhibían la lactancia luego de un parto. En la ciudad no se entregaban preservativos con excepción de los 50 mil que distribuía el Programa de Salud Reproductiva a través de algunos consultorios ginecológicos (ver Capítulo IV.2.). Es decir que las personas con VIH accedían al

- hechos y palabras

cóctel pero no se consideraba necesario ofrecer preservativos. Tampoco se había trabajado de modo sistemático en las dos líneas básicas reconocidas internacionalmente como adecuadas para la prevención del VIH, esto es: la promoción del testeo voluntario y el aumento en el acceso al preservativo.

Era necesario entonces, en un primer momento, enfatizar la dimensión creativa de la gestión (Onocko Campos, 2003), en el sentido de crear, inventar modos de trabajo y equipos locales que no existían hasta ese momento.

Esto dio lugar al primer modo de organización del equipo de prevención, que fue por componentes o proyectos temáticos. Así, cada miembro del equipo inicial de prevención (con excepción de algunos con menos experiencia en el tema, que con el paso del tiempo fueron modificando su situación) quedó como responsable de alguno de los siguientes componentes o proyectos:

- Red de distribución de preservativos
- Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD)
- Prevención de la transmisión vertical
- Prevención en escuelas
- Trabajo con usuarios de drogas
- Trabajo con diversidad sexual
- Apoyo a personas que viven con VIH

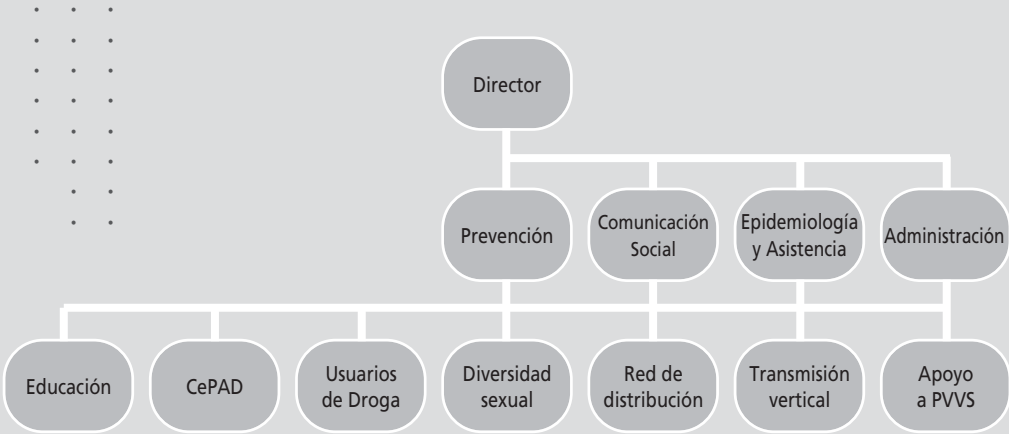
Cada miembro, con el soporte inicial de los aportes de todo el equipo, fue construyendo la modalidad de trabajo para su componente. Es decir que prácticamente todos los miembros del equipo eran “jefes” (y responsables) de algún nudo temático, y a su vez eran “ayudantes” en otras áreas temáticas. Cada uno tenía un espacio para desarrollar su obra⁵.

El primer esquema organizativo quedó conformado como se detalla en la Figura 1:

⁵ Entendemos por “obra” el resultado del trabajo siempre que se logre articular el objeto de investimento del sujeto y el objeto de trabajo, y que de esto se desprenda salud para otros (Campos, 2000: 235).

PRIMER ESQUEMA ORGANIZATIVO DEL EQUIPO DE PREVENCIÓN:
MODELO POR COMPONENTE

Figura 1



Los componentes de Comunicación Social o Epidemiología y Asistencia (ver Figura 1), funcionaban como *apoyo matricial* de los componentes de prevención. Es decir apoyo técnico o especializado sin responsabilidad de mando.

Así, por ejemplo, para crear un Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (ver Capítulo IV.5) el responsable del componente se reunía con el equipo local de un centro de salud a fin de organizar la capacitación inicial. Como la capacitación exigía – por ejemplo– la formación en “Estado actual de la medicación para VIH”, el responsable del componente pedía colaboración al componente de Epidemiología y Asistencia para que le “prestara” un profesional para dar una clase en el curso de capacitación del CePAD.

Una vez finalizada la capacitación del grupo local que iba a llevar adelante el nuevo CePAD, era necesario contar con un folleto local que facilitara la difusión de las actividades. Para ello el responsable del componente CePAD pedía apoyo al componente de Comunicación.

Es decir que en función del tema o problema que se trabajaba, siempre había un miembro del equipo que funcionaba como “jefe”, quien conducía el desarrollo del trabajo, y otros como “ayudantes” o como “soporte matricial”.

Otro ejemplo: cuando se toma la decisión de hacer un material sobre uso de drogas y reducción de daños (ver Capítulo IV.7.), el responsable es el componente de Comunicación Social y en esa calidad de organizador del trabajo pedirá colaboración a sus ayudantes y apoyo matricial a los expertos, que en este ejemplo sería la responsable del componente de trabajo con usuarios de drogas.

Este modelo de organización, que se desarrolló entre los años 2001 y 2004, permitió un gran crecimiento tanto conceptual como de actividades de cada uno de los componentes, los que fueron aumentando en el número de sus miembros⁶ y se transformaron en “miniequipos”. Cada uno de estos “miniequipos”, a su vez, era el responsable de generar contactos e intervenciones con los distintos actores que componen el sistema de salud, las ONG con trabajo en VIH-sida, las otras agencias de gobierno con las que se desarrolló trabajo en VIH, tales como centros de gestión y participación, escuelas y organizaciones de la comunidad (asociaciones civiles, comedores comunitarios, entre otros).

Así –a modo de ejemplo– el miniequipo de los CePAD puso en marcha 15 centros de prevención; la Red de Distribución estableció alrededor de 200 bocas de distribución de preservativos y folletos preventivos; se entró en contacto con organizaciones no gubernamentales para trabajar temas vinculados al trabajo sexual y a la diversidad sexual, se contactaron más de 100 escuelas, etcétera.

Es posible sintetizar los logros de ese primer modelo afirmando que desde el punto de vista de los resultados, el equipo de prevención estableció contacto y trabajo conjunto con alrededor de 300 equipos locales (para hacer el test, para repartir preservativos, para vincularse con trabajadores sexuales, para mejorar la calidad de la prevención de la transmisión vertical, para mejorar la respuesta a los

⁶ Por la incorporación de nuevas personas al equipo de la Coordinación Sida.

usuarios de drogas, para aumentar la capacidad de los docentes en el trabajo con sus alumnos, etcétera).

Desde el punto de vista del equipo, todos los miembros aprendieron a dirigir procesos y a colaborar en aquellos desarrollados por otros (ejercicio de autonomía y colaboración). Los expertos se volvieron más expertos, pero también todos nos volvimos un poco más expertos en temas que conocíamos menos, fruto del trabajo basado en el modelo de apoyo matricial, que por su propia lógica de funcionamiento propicia el permanente intercambio interdisciplinario (Campos, 1998).

Con el paso del tiempo fue necesario hacer un replanteo del modelo de organización. Esto se debió a las siguientes circunstancias.

Cada miniequipo o componente interactuaba “por su tema” con diferentes equipos locales. Por ejemplo, con el servicio de obstetricia de un hospital se comunicaban el miniequipo de transmisión vertical para trabajar la prevención del VIH en las mujeres embarazadas y el miniequipo de la red de distribución de preservativos para verificar la provisión de preservativos y materiales educativos. Esto llevaba a que, en una misma semana, diferentes miembros de la Coordinación Sida iban a trabajar con el mismo equipo local (y en algunos casos con las mismas personas) por diferentes temas.

Es decir que nuestro equipo de trabajo estaba, sin quererlo, reproduciendo el modelo de atención fragmentada tradicional del sistema de salud. Cada componente de la Coordinación Sida se comunicaba con los equipos locales (el servicio de obstetricia) por un “pedacito” del trabajo, y a su vez, los equipos locales debían entrar en contacto con diferentes personas del equipo de la Coordinación para “cada recurso” (con unos por la leche para las mujeres que habían tenido un hijo, con otros para reclamar preservativos, etcétera).

A fin de superar esta fragmentación temática y mejorar la relación de cada equipo local con el equipo de la Coordinación Sida, se decidió reorganizar el área de prevención poniendo énfasis en la importancia de la **construcción del vínculo** con cada uno de los equipos locales y

sosteniendo el modelo de apoyo matricial para poder responder con los mejores recursos a cada demanda.

Este “arreglo institucional” o modelo de organización del equipo se basó en los desarrollos de Campos y otros autores sobre el “equipo de referencia con apoyo matricial”, modelo pensado para mejorar la respuesta asistencial en hospitales y centros de salud.

Para Campos (1999), el arreglo institucional de los equipos de referencia tiene, en las nociones de vínculo terapéutico, interdisciplina y gestión colegiada, sus pilares centrales en la búsqueda de superación del modelo médico hegemónico y de fragmentación de las acciones en salud. (Furtado, 2007: 21)

Siguiendo esta propuesta, los servicios se organizan en base a equipos compuestos por profesionales de diferentes disciplinas, de acuerdo con las características del problema enfrentado, teniendo una clientela predefinida. Los equipos de referencia se caracterizan por: 1) inclusión de profesionales de diferentes disciplinas; 2) definición de clientela adscripta, permitiendo el acompañamiento longitudinal y formación de vínculo entre los trabajadores y los usuarios [en nuestro modelo el acompañamiento se realiza sobre equipos locales]; 3) formulación de proyectos terapéuticos [en nuestro caso se trata de proyectos institucionales] singulares para los casos más complejos; 4) poder de decisión en lo que concierne al trabajo del equipo; y 5) recibir y realizar apoyo profesional especializado cuando es necesario (apoyo matricial). (Furtado, 2007:22)

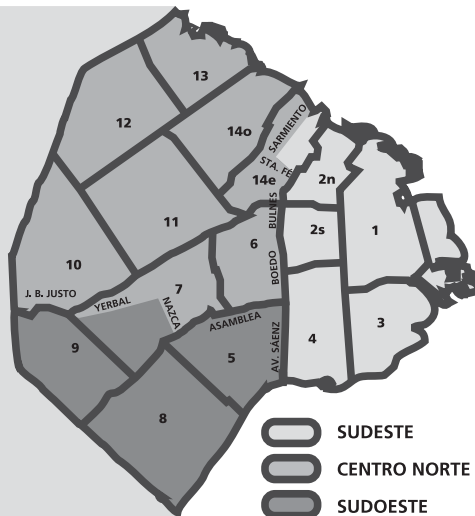
Nuestra adecuación de este modelo –que fue pensado para mejorar el nivel asistencial– a uno que pudiera mejorar el acompañamiento de los equipos locales desde un nivel de gestión central fue a partir de un cambio en las necesidades de la gestión debido al paso del tiempo. Si en los comienzos

del trabajo era necesario fortalecer la dimensión creativa y fundadora de la gestión, el paso del tiempo requirió el incremento de las acciones de administración, acompañamiento y fortalecimiento de lo ya creado (ver Capítulo IV.3.).

Como ya fue dicho, a finales de 2004 el equipo de prevención estaba interactuando con alrededor de 300 equipos locales. Se decidió dividir el territorio de la ciudad de Buenos Aires en tres zonas (Sudeste, Centro Norte y Sudoeste) y al equipo de prevención en tres equipos territoriales (Sudeste, Centro Norte y Sudoeste). Cada uno de los equipos territoriales pasó a ser el equipo de referencia de una cantidad de equipos locales (alrededor de 70 cada uno⁷) para responder y brindar apoyo a todas sus necesidades en materia de prevención y asistencia del VIH-sida. A su vez, cada uno de los tres equipos de referencia territorial estaba conformado por miembros del equipo con diferente expertise. Finalmente, los otros componentes del equipo más grande de la Coordinación Sida quedaron como soporte matricial especializado de los equipos.

A fin de aclarar estos conceptos, en la Figura 2 se muestra la división territorial que quedó demarcada a principios de 2005.

Figura 2:
Mapa de la ciudad de Buenos Aires.
División territorial para
el trabajo de los equipos
de referencia en prevención.



⁷ Es preciso recordar que algunos equipos locales funcionan en red con otras organizaciones, es decir que son a su vez referentes de otros lugares (por ejemplo, un centro de salud es referente de comedores comunitarios). Así, nuestro equipo de nivel central no trabaja con todos los equipos locales de modo directo. Esta es también una forma de compartir la responsabilidad con los equipos locales, aumentando su capacidad de convocar a otros y manejar recursos de modo autónomo y responsable.

Este nuevo modelo de organización permite un acompañamiento más personalizado de los equipos locales, en la medida en que cada equipo local tiene sus referentes en el nivel central, y ese referente acude para cualquier necesidad vinculada al VIH-sida. El equipo de referencia será la “cara visible” de la Coordinación Sida con ese equipo local, y será el responsable de resolver los problemas con su propio equipo territorial o de pedir soporte matricial cuando fuera necesario. En cada equipo territorial se conversan las realidades, problemas y soluciones encontradas, y se piensan proyectos de trabajo adecuados para cada equipo local (ver Capítulo IV.3.).

A modo de síntesis conceptual de lo planteado en este apartado, podemos decir que el modo en el que está organizado nuestro sistema de salud produce/induce fragmentación de la gestión de la atención de la salud. A fin de buscar arreglos institucionales que disminuyan esta fragmentación, se propone trabajar con equipos de referencia (espacio interprofesional) que vienen a ser una célula del modelo de gestión. Se trata de un grupo interdisciplinario que se vuelve responsable del seguimiento de un conjunto de instituciones/equipos locales, ubicados dentro de un territorio. En los equipos de referencia, se aumenta la vinculación al designar un profesional de referencia en cada lugar, quien se transforma en coordinador de caso y responsable por el proyecto individual de trabajo con esa institución/equipo local.

El equipo de referencia estará compuesto por un conjunto de profesionales considerados esenciales en la conducción de problemas de salud dentro de un cierto campo y serán responsables de poner en acción la red complementaria necesaria para cada caso, es decir, el **apoyo matricial**.

El apoyo matricial en salud tiene por objetivo asegurar, de un modo dinámico e interactivo, una retaguardia especializada para los equipos y profesionales de referencia. El apoyo matricial tiene un núcleo distinto del que poseen los profesionales de referencia y debe agregar

conocimientos y aumentar la capacidad del equipo para resolver problemas de salud. La integración entre los equipos de referencia y apoyo matricial se da en el trabajo compartido en las siguientes situaciones:

- 1 • Atención conjunta de las necesidades de los equipos locales;
- 2 • Atención por el especialista y contacto con el equipo de referencia que define el seguimiento complementario;
- 3 • Intercambio de conocimientos y de orientaciones; diálogo sobre proyectos de trabajo individual con cada equipo local (Campos, 2007).

La capacitación como espacio privilegiado para la cogestión

Entre los años 2001 y 2007 se realizaron alrededor de 150 capacitaciones que requirieron la participación de más de mil personas. Las mismas respondieron siempre a los objetivos estratégicos o primarios (misión/sentido) de la Coordinación Sida: prevenir la infección por VIH-sida y mejorar la calidad de vida de las PVVS.

Como se viene enfatizando a lo largo de este texto, el otro objetivo estratégico indisociable de todas las acciones, y por lo tanto también de las de capacitación, era el de mejorar la capacidad de gestión de los actores involucrados en el trabajo sobre VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires, a través del aumento de los recursos que los mismos tienen en materia de información y capacidad de análisis para la toma de decisiones autónoma y responsable.

Una preocupación constante a la hora de organizar y ofrecer capacitaciones era tener claro dentro del equipo por qué desde la Coordinación Sida se estaba invirtiendo tiempo y recursos en realizar estas tareas, teniendo en cuenta que nuestra agencia no es una organización académica.

Las respuestas a las preguntas por el porqué nos llevan a la pregunta por el sentido de las acciones. Mario Testa

considera que la pregunta por el sentido se ilumina con una doble referencia: ¿por qué estamos haciendo esto? nos remite a preguntarnos por los motivos del pasado, qué sentidos del pasado me impulsan a tomar una decisión en el presente. De modo complementario, la pregunta por el para qué nos remite a la pregunta por el sentido de la acción hacia el futuro. ¿Para lograr qué objetivo a futuro es que estamos haciendo esta actividad?

Así, las capacitaciones respondieron –de modo esquemático– a tres necesidades diferenciales de la gestión, que fueron:

- 1 • Capacitaciones **para conformar** equipos de trabajo
- 2 • Capacitaciones **para consolidar** equipos de trabajo
- 3 • Capacitaciones **para transversalizar** las acciones en VIH-sida dentro del sistema de salud

Los ejes comunes a los diferentes tipos de capacitación –su función dispositivo– eran generar espacios donde se pudieran escuchar los intereses de diferentes actores para la construcción de un proyecto o actividad común, disminuir los niveles de fragmentación existente en la respuesta al VIH-sida y, en la medida de lo posible, habilitar la aparición de lo nuevo, esto es: generar condiciones de posibilidad para que surgieran nuevos actores, nuevas formas de ver el problema, nuevas estrategias para el trabajo. La función dispositivo de una actividad sólo puede ser reconocida a *posteriori*, en función de sucesos que ocurren con el paso del tiempo y que no siempre pueden ser registrados/controlados por el equipo gestor (Onocko Campos, 2003).

Pero la intención de transformar una actividad en un dispositivo debe verse reflejada en los modos en los que desde el equipo gestor se toman las decisiones sobre el armado del espacio, generando así **condiciones de posibilidad**.

1 • Capacitaciones para conformar equipos de trabajo

Este tipo de capacitación se desarrolló básicamente

para la creación de “bocas de distribución” de la Red de Prevención (ver Capítulo IV.2.) y para la creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico en VIH-sida (ver Capítulo IV.5.).

En los comienzos de la gestión, las capacitaciones eran fundamentalmente un ofrecimiento de nuestro equipo a aquellos actores interesados en trabajar en la temática, o en los lugares donde considerábamos necesario desarrollar un accionar preventivo. Con el paso del tiempo, se comenzó a generar una demanda hacia la Coordinación Sida de personas o instituciones que querían formar parte de las estrategias desarrolladas (“ser boca de distribución” y/o “ser CePAD”).

Dinámica de trabajo:

Un miembro del equipo de la Coordinación Sida tomaba contacto con un referente local, con esta persona o personas se abría un diálogo tendiente a definir los intereses locales, así como la potencialidad para desarrollar el trabajo. Se conversaba también sobre el tipo de capacitación que podía requerir el grupo. La Coordinación llevaba una oferta, una propuesta, referida a contenidos mínimos, modalidad y cantidad de los encuentros, número de participantes, etcétera. Es decir que desde el comienzo se buscaba establecer un espacio de cogestión, en el que en líneas generales la Coordinación Sida ofrecía capacitadores y materiales (bibliografía, folletos, etcétera) y el referente local garantizaba la convocatoria de otras personas para la capacitación.

Una de las estrategias utilizadas para disminuir los niveles de fragmentación fue tratar de incorporar como docentes de las capacitaciones a referentes locales. Por ejemplo, para la conformación de un CePAD en un centro de salud, se buscaban docentes que pertenecieran al hospital del área programática, como modo de fortalecer los lazos entre el hospital y el centro de salud.

Para transversalizar las experiencias y revalorizar los aprendizajes de los grupos con mayor experiencia, se ha

recurrido a “contratar” como docente para la apertura de una nueva boca a personas que ya habían iniciado esa experiencia en algún lugar con características similares a la nueva boca que se estaba abriendo.

Las capacitaciones eran realizadas siempre en los lugares de trabajo de las personas capacitadas, con excepción de aquellas organizadas de modo conjunto con otras direcciones o programas del Gobierno de la Ciudad. Por ejemplo, se realizaron capacitaciones con los integrantes del Programa Cultural en Barrios, con el Programa Salud en el Barrio, Programa de Salud Escolar, con la Dirección de la Mujer, con la Dirección de Niñez para el trabajo con chicos en situación de calle, con el Programa de Salud Reproductiva, con la Dirección de Juventud, con redes de organizaciones comunitarias, entre otros. En esos casos, los acuerdos de cogestión de las capacitaciones se hacían entre la conducción de los programas o redes cuyos integrantes iban a ser capacitados y la Coordinación Sida.

La cogestión de las capacitaciones para constituir nuevos equipos de trabajo en VIH-sida incluía entonces los acuerdos referidos a: actores convocados y formas de convocatoria, programa de la capacitación y docentes a cargo, lugar, duración y frecuencia de los encuentros. Tanto los referentes locales como la Coordinación Sida adquirirían responsabilidades diferentes para garantizar el buen desarrollo de las capacitaciones.

Los temas generalmente abordados eran representaciones sobre VIH-sida, epidemiología y respuesta, modos de transmisión y prevención del VIH-sida, habilidades de comunicación con otros sobre sexualidad, asesoramiento, etcétera.

2 • Capacitaciones para consolidar equipos que ya están trabajando en el tema

A partir de cierto momento de la gestión, si bien se continuó realizando capacitaciones para conformar nuevos equipos, se inició una nueva línea de capacitaciones

tendientes a nutrir a los grupos con nuevas herramientas, nuevos descubrimientos o la conversación sobre problemas que se generaban a partir de la práctica cotidiana. También se buscaba generar espacios de encuentro entre grupos que trabajaban en temas similares en escenarios diferentes, confiando en que el intercambio de experiencias siempre habilita a pensar nuevos caminos, a desnaturalizar la forma única de ver o actuar sobre un problema.

Estas capacitaciones fueron realizadas básicamente en los siguientes escenarios:

- a •** Capacitaciones del equipo de la Coordinación Sida, a través de la estrategia de “capacitación cruzada” (los miembros del equipo dando clase sobre su *expertise* a los otros miembros) así como convocando a docentes externos, como modo de ampliar los horizontes de los miembros de nuestro equipo (evitar el encierro del propio equipo).
- b •** Capacitaciones a los equipos conformados por la Coordinación Sida, tomando los temas que los propios grupos iban generando como demanda.

Entre los meses de julio y septiembre de 2005 se llevaron a cabo tres cursos de capacitación orientados a los equipos que forman parte de la Red de Prevención de VIH-sida de la ciudad de Buenos Aires. Los temas de los cursos se eligieron por propuestas de los miembros de la red en el marco de los encuentros de acompañamiento planificados por la Coordinación Sida (ver Capítulo IV.3.). Estos fueron: 1) Reducción de daños; 2) Acompañamiento a personas que viven con VIH; y 3) Sexualidad, género y diversidades sexuales y su relación con el VIH-sida.

También se desarrollaron encuentros anuales con los CePAD que tenían como función trabajar de modo conjunto problemáticas puntuales. Así se abordó el tema de asesoramiento en VIH-sida, dilemas éticos, modalidades de registro y evaluación del trabajo y análisis conjunto de los datos producidos por los CePAD. En 2006 se subió la apuesta y se or-



ganizó un curso de 60 horas, del que participaron todos los CePAD, orientado a transferir herramientas para el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los equipos locales. Los temas tratados fueron: gestión y subjetividad, herramientas de análisis institucional, nociones de diagnóstico y planificación local, nociones sobre comunicación social e investigación aplicada al diagnóstico y la evaluación en salud.

3 • Capacitaciones para aumentar el número de actores y transversalizar las acciones

A partir de 2004, habiendo transcurrido ya tres años de gestión, se inició otra línea de capacitación orientada a ampliar el conocimiento sobre VIH-sida en el equipo de salud, a fin de aumentar el nivel de transversalización y, consecuentemente, la sustentabilidad de la política preventivo-asistencial de VIH-sida en el sistema público de salud de la ciudad.

Los mejores ejemplos de esta “categoría” de capacitación fueron los cursos de actualización en VIH-sida orientados a técnicos y profesionales del equipo de salud convocados en función de su disciplina de grado, y los cursos orientados al equipo de salud del primer nivel de atención.

- Cursos de actualización en VIH-sida por disciplina:

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

La propuesta fue realizada de modo conjunto entre la Coordinación Sida y la Sociedad Argentina de Sida-Filial Capital y cada curso disciplinario fue cogestionado con diferentes actores del sistema de salud. El curso para el personal de enfermería fue organizado de modo conjunto con la Dirección de Enfermería, el de trabajo social con la Red de Trabajo Social, el de obstétricas con la coordinadora de obstétricas del Programa Materno-Infantil, y el de residentes y concurrentes con la Dirección de Capacitación. También se realizó un curso para docentes de escuelas medias, organizado en conjunto con la Escuela de Capacitación Docente-Centro de Pedagogías de Anticipación (CePA), que es un espacio público de formación permanente para docentes del Ministerio de Educación del GCBA.

La intención de estas capacitaciones ha sido revalorizar los aportes de los distintos miembros del equipo de salud, y su potencial desarrollo para afrontar los nuevos desafíos que introduce la respuesta a la epidemia.

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

La decisión de trabajar con grupos pequeños como parte de la capacitación se basó en, por un lado, la necesidad de realizar actividades de taller como parte del proceso de aprendizaje. Pero además se buscó promover el intercambio entre profesionales que ejercen la misma disciplina en diferentes espacios institucionales del sistema

público de salud y de educación de la ciudad de Buenos Aires. Esto permitió que todos los participantes pudieran aprovechar las experiencias mejor desarrolladas que se fueron construyendo en los hospitales, centros de salud y escuelas en los últimos años.

- Curso ambulante para los Centros de Salud
"Nuevas herramientas de prevención de VIH-sida para el primer nivel de atención":

En 2006, en conjunto con la Dirección General Adjunta de Atención Primaria, se organizó un encuentro de capacitación de dos horas de duración para ser llevado adelante en los diferentes centros de salud de la ciudad. La actividad no estaba orientada a las personas que ya venían trabajando en VIH-sida (CePAD, referentes de bocas de distribución de preservativos, entre otros) sino a los profesionales y técnicos que formaban parte del equipo de salud y cuyas prácticas estaban involucradas en la prevención del VIH (oferta de test de VIH, oferta de preservativos y de información).

En el encuentro se presentaron y se entregaron materiales educativos y el rotafolio *Sexualidad y cuidados: reproducción, anticoncepción, ITS y VIH-sida, material de apoyo para el trabajo cara a cara*, que fue elaborado por la Coordinación Sida.

Para instrumentar esta actividad, se le pidió a cada jefe de los centros de salud que informara cuál era la mejor fecha para llevar adelante este encuentro, teniendo en cuenta el movimiento general de su institución. Los miembros del equipo podían ser: médicos clínicos, tocoginecólogos, pediatras, obstétricas, personal de enfermería, profesionales de las ciencias sociales, personal administrativo, promotores de salud y todo aquella persona que se considerara pertinente según la forma de organización del trabajo en el centro de salud.

Esta modalidad de "curso ambulante" se extendió por tres meses. En ese lapso se realizaron 21 encuentros (21

centros de salud) que involucraron a 319 personas de los equipos de salud.

La investigación como dispositivo de gestión

De acuerdo al modo en que se piensa el sentido de las cosas y las formas en las que se toman las decisiones de acción, la investigación en temas de salud también puede ser pensada y utilizada como un dispositivo de gestión. Ejemplificaremos esta idea a través de una investigación que se llevó adelante entre los años 2002 y 2004 y que involucró a la Coordinación Sida y al Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes). La investigación se proponía conocer las prácticas que ocurrían en los hospitales públicos de la ciudad⁸ con respecto a la atención de la salud reproductiva de las personas que vivían con VIH-sida.

En 2001, con el fin de generar un marco normativo común para la atención de la transmisión vertical (ver Capítulo IV.8.), se promovió desde la Coordinación Sida un proceso participativo de trabajo que concluyó con la redacción y edición impresa de las *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes* (Secretaría de Salud, 2002)⁹.

Las *Recomendaciones* se ocupaban de formular lineamientos sobre algunas prácticas que gozaban de consenso en los equipos (prácticas de carácter biomédico) tales como la necesidad de ofertar la prueba de VIH a las mujeres embarazadas, la necesidad de aplicar diferentes tratamientos preventivos en función de los diversos escenarios que se plantean en la atención de las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH, la promoción de la suspensión de la lactancia y provisión de leche modificada para la alimentación del recién nacido y el seguimiento del neonato hasta su diagnóstico definitivo.

⁸ El informe completo de la investigación (incluidas las consideraciones metodológicas más detalladas que no están en este relato) puede leerse en *Éxitos médicos, desafíos humanos...*

⁹ Estas *Recomendaciones* fueron aprobadas mediante la Resolución 78/03 de la Secretaría de Salud, publicada en el Boletín Oficial del 30-01-03; las *Recomendaciones* fueron distribuidas en los diferentes servicios de salud.

Pero también avanzaban sobre otros aspectos poco legitimados, como es el caso del asesoramiento pre y post-test¹⁰ acompañando el pedido del estudio del VIH, la oferta de testeo para la pareja masculina de la mujer embarazada, y la necesidad de incorporar al proceso de atención, en el momento del posparto, el asesoramiento en reproducción y anticoncepción y la provisión de métodos anti-conceptivos.

Se planteaban entonces dos tipos de problemas sólo separables a los fines analíticos: por un lado, era necesario conocer con mayor profundidad y de modo sistemático (investigar) qué prácticas se estaban llevando adelante dentro de los servicios de salud con respecto a estos puntos sobre los cuales las Recomendaciones se proponían generar cambios; por otro lado, en la medida en que no se hiciera alguna clase de gestión con los equipos, las directrices corrían serio riesgo de transformarse en “letra muerta”, es decir, propuestas de buena calidad pero sin viabilidad política para ser implementadas.

En este contexto, se pensó en implementar una investigación que pudiera servir también como un **dispositivo** de gestión, como una herramienta que permitiera crear **espacios colectivos** –esto es, **ruedas**– donde los diferentes protagonistas del sistema tuvieran oportunidad de participar activamente en la definición de los problemas, el análisis de las situaciones y la toma de decisiones sobre estrategias a seguir.

¿A quiénes invitar a esta rueda promovida por la investigación? Prevenir adecuadamente la transmisión vertical del VIH significa en términos operativos las siguientes acciones:

- 1 • Prevención del VIH en la población en edad reproductiva, a través de la promoción del uso del preservativo y la oferta de testeo voluntario.
- 2 • Oferta universal del test de VIH a la mujer embarazada y su pareja.

¹⁰ Si bien la Ley de Sida de nuestro país obliga a la realización del testeo en un marco de consentimiento informado, asesoramiento y confidencialidad, estas prácticas son escatimadas a la población, hecho que se expresa por ejemplo en la alta tasa de estudios realizados y no retirados (Weller, 2003).

3 • Atención adecuada del embarazo, parto y posparto de la mujer diagnosticada con VIH.

4 • Inclusión del componente de asesoramiento en reproducción y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes (componente de salud reproductiva), con el fin de prevenir los embarazos no deseados, espaciar de modo adecuado nuevos nacimientos y contar con herramientas para programar futuros embarazos que permitan encontrar a la pareja en el mejor momento de su patología de base para concebir un hijo.

Si traducimos estas líneas de trabajo a la organización del sistema de salud, los actores de estos procesos son los médicos infectólogos, los médicos obstetras¹¹, los ginecólogos del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PSRPR) y los propios usuarios del sistema, personas que viven con VIH.

Comparación entre los pasos de una investigación tradicional y el uso de la investigación como dispositivo de gestión

A fin de transmitir los resultados que se obtuvieron de la experiencia de implementar una investigación como dispositivo de la gestión, se presenta una tabla (Tabla 1) donde se ubican en la primera columna cinco pasos de la investigación; en la segunda columna se consigna el sentido del paso desde el punto de vista de la investigación tradicional; y en la tercera columna se señala cuál fue el sentido que tuvo el mismo momento desde el punto de vista de la gestión. Luego se hace una breve descripción del encuadre y se muestra la sistematización de la producción colectiva de los dos principales espacios colectivos: la devolución de resultados preliminares a los profesionales entrevistados (Tabla 1- paso 3) y la presentación del informe final ante los actores relevantes (Tabla 1- paso 4).

¹¹ En Argentina, Obstetricia es la especialidad médica que atiende a las mujeres durante el embarazo. Ginecología es la especialidad médica que atiende la salud de la mujer. En los hospitales existen servicios de Obstetricia y servicios de Ginecología.

- hechos y palabras

TABLA 1: DOBLE LECTURA DE LOS PASOS DE LA INVESTIGACIÓN

I. Pasos de la investigación seleccionados	II. Investigación como herramienta para producir conocimiento	III. Investigación como herramienta de gestión
1. Análisis del universo bajo estudio y selección de personas a entrevistar	Definición de la población y conformación de la muestra intencional	Reconocimiento de actores que operan en el sistema para el tema que ocupa a la gestión
2. Toma de entrevistas	Levantamiento de datos primarios	Espacio de encuentro donde se empieza a trabajar sobre un tema novedoso y se intercambia información
3. Devolución de resultados a profesionales entrevistados	Análisis de la consistencia de los resultados, levantamiento de nuevos datos e hipótesis Cuidado de aspectos éticos de la investigación	Espacio de encuentro colectivo donde se produce una nueva instalación del problema, se intercambia información y se hace análisis de modo conjunto
4. Presentación del informe final ante actores relevantes	Divulgación del conocimiento producido por la investigación	Creación de un espacio de encuentro interdisciplinario, a partir de una propuesta de formación de equipos, donde se presenta para debate un tema que carecía de presencia pública institucional hasta ese momento
5. Publicación de los resultados	Divulgación del informe final	Incorporación del producto de la investigación como parte de las <i>Recomendaciones</i> de la Secretaría de Salud en materia de prevención de la transmisión vertical

Fuente: Weller, S., *Sexualidad y servicios de salud: una investigación como dispositivo de gestión*, FCM/UNICAMP, Campinas, 2004.

Producción colectiva en los espacios

Encuentro con los profesionales entrevistados para la devolución de los primeros resultados:

Una vez finalizado el levantamiento de entrevistas a profesionales de la salud, se hizo una primera sistematización de los datos aportados por las mismas. Se preparó una presentación que incluía básicamente los antecedentes y objetivos del estudio, el diseño metodológico y los principales resultados: composición de los equipos; modos de trabajo; modalidades de derivación de los pacientes; posiciones, conocimientos y prácticas detectadas en lo referido a la reproducción y anticoncepción en PVVS. Los participantes pudieron detectar algunos obstáculos y elementos facilitadores que no habían sido definidos con tanta claridad al momento del análisis de las entrevistas realizado por el equipo de investigación.

La mayoría de los profesionales se mostró sumamente interesada en aumentar su conocimiento sobre estas temáticas, proponiendo la creación de ámbitos no sólo de capacitación en el sentido más formal del término sino además de debate ético. Hubo también alto consenso en la necesidad de revisar los circuitos de atención dentro de los hospitales y del sistema, a fin de buscar caminos alternativos a las prácticas que se llevan adelante hoy en día.

Presentación con discutidores del informe final ante los actores relevantes del sistema de salud:

Cuando se terminó el informe final de la investigación que incluyó el análisis de las entrevistas a usuarios, así como las producciones colectivas surgidas del paso anterior, se organizó desde la Coordinación Sida una convocatoria que incluyó a infectólogos, obstetras, ginecólogos del PSRPR, otros miembros de los equipos de salud de diferentes profesiones y PVVS con participación activa dentro del sistema de salud.

Se prepararon copias del Informe Final que fueron entregadas para su lectura previa a la coordinadora del PSRPR

- hechos y palabras

y a una persona de cada uno de los grupos entrevistados: una médica infectóloga, una médica obstetra, una médica ginecóloga del PSRPR y una referente de la “Red de Mujeres que viven con VIH”.

El encuentro tuvo lugar en la Maternidad Sardá, única institución de la ciudad que se dedica exclusivamente a la atención de mujeres embarazadas. La misma fue elegida por su carácter emblemático así como por la cantidad de partos anuales que realiza (el 30% de los partos ocurridos en los hospitales públicos de la ciudad). La actividad fue abierta por el subsecretario de Salud de la ciudad, el director de la Coordinación Sida y la responsable del PSRPS. Luego se presentaron los resultados de la investigación y, a continuación, cada una de las discutidoras hizo su devolución.

Finalmente se abrió un espacio de debate que se extendió por más de una hora e involucró la participación del auditorio compuesto por unas cien personas. Se detallan a continuación algunos nudos y conclusiones seleccionando los tópicos que están más vinculados con nuestro tema bajo estudio (Secretaría de Salud, 2004):

- Participantes de diferentes disciplinas propusieron la necesidad de contar con directrices que orienten la provisión de métodos anticonceptivos en PVVS. Estas directrices tendrían que producirse en el marco de reuniones interdisciplinarias de las que también podrían participar PVVS.
- Se acordó la necesidad de contar con la provisión pública de prácticas en reproducción (lavado de semen), “equivalentes a las que se hacen en el ámbito privado”¹².
- Se reflexionó sobre las dificultades que ocasiona conversar con los pacientes sobre sexualidad. La reflexión se expresó en la siguiente pregunta: “¿Cómo es posible que podamos hablar de la muerte y no podamos hablar de la sexualidad?”. Hubo consenso en la necesidad de trabajar en equipo como modo de compensar el

¹² Se marcan entre comillas las frases textuales de los participantes del encuentro.

déficit personal. “Tenemos que dejar de pensar en el profesional individual.” Los médicos infectólogos reclamaron la necesidad de involucrar a pediatras y a clínicos como médicos de cabecera de las PVVS.

- *“Los hospitales no están preparados desde el punto de vista de la organización del espacio para conversar con la gente. Faltan lugares para el trabajo grupal y fundamentalmente falta espacio de intimidad. Ante la falta de intimidad revisás cuerpos, das órdenes y recetas. Para hablar de cosas íntimas, el espacio debe acompañar.”*

- Varios profesionales expresaron el impacto positivo que les producía escuchar: “Que nos cuenten qué pasa con nuestro trabajo, porque nos permite ver los logros y también darnos cuenta de cosas que se nos escapan por estar centrado cada uno en lo suyo”.

- También tuvo alto impacto emocional para muchos participantes la presentación de la mujer que habló desde su lugar de PVVS. Una profesional lo expresó del siguiente modo: “Tal vez para acercarnos a las personas tenemos que olvidarnos del HIV”.

Consideración de los actores como parte de la solución: la investigación como dispositivo de gestión

La invitación a pensar de modo colectivo los problemas de salud y la forma de resolverlos va en dirección contraria a los planteos de la administración científica y los métodos de planificación que parten del supuesto de que los intereses y deseos de los trabajadores obstaculizarían la gestión. La creación de *ruedas* para el intercambio de información, el análisis conjunto y la toma de decisiones parten también de otros supuestos tales como que todos los colectivos tienen información de alguna clase, que en general se usa poco la experiencia producida por los propios grupos y que la dificultad de un colectivo para arribar a un análisis no es por ausencia de información y sí de obstáculos políticos, organizacionales y subjetivos. (Campos, 2000)

- hechos y palabras

Los planos donde los dispositivos producen efectos, siguiendo a Campos (2000) son:



- **Político-social:** funcionan como instancias de deliberación política, espacios en los que se disputa el poder, la construcción de proyectos, compromisos y contratos.
- **Subjetivo:** operando como espacio para el análisis institucional, permitiendo la emergencia de nuevas visiones del mundo, con reconstrucción de la organización así como de la subjetividad de las personas del grupo.
- **Pedagógico:** contribuyendo a una educación continuada, función pedagógica con inclusión de actividades educativas, discusiones, lecturas sobre cómo hacer.
- **Gerencial:** organizándose como instancia de gerencia propiamente dicha, comprometida con la operación concreta de lo cotidiano.

El objetivo de gestión de la Coordinación Sida era impulsar nuevas modalidades de trabajo que, de acuerdo al conocimiento técnico acumulado por el equipo, serían más adecuadas para la prevención de nuevos casos de infecciones por VIH así como para el mejoramiento de la atención clínica de las PVVS. Algunas de las modificaciones que se pretendían instalar eran las siguientes:

- Oferta de testeo con asesoramiento a mujeres y varones en edad reproductiva cuando estas personas demandaran atención al PSRPR y/o al momento del inicio de los controles prenatales.
- Consideración de los deseos y derechos de las PVVS a formar una familia contando con el asesoramiento adecuado y la tecnología socialmente disponible.
- Consideración de las dificultades de las PVVS, o de una parte de ellas, para ser usuarias sistemáticas del preservativo, posibilitando a las mismas el acceso a un asesoramiento adecuado y a los métodos anticonceptivos de los que dispone de modo gratuito el PSRPR.

Esta situación generó un abanico de preguntas tales como: ¿quiénes eran los actores de estas prácticas? ¿En qué medida se estaban llevando adelante algunas de estas directrices? ¿Qué posiciones tendrían los diferentes profesionales ante estas temáticas novedosas? ¿Cuáles serían los elementos que obstaculizarían la puesta en práctica de estos cambios? ¿Se podrían encontrar situaciones cotidianas de los equipos o del modo en el que se encara la tarea que facilitarían la implementación de estos cambios?

Estas preguntas y otras fueron sistematizadas en un protocolo de investigación y, como fue descripto, la necesidad de generar una muestra de profesionales para ser entrevistados obligó al equipo de la Coordinación a pensar los problemas de modo más integrado. La fragmentación no está sólo presente en el trabajo cotidiano de los equipos de salud locales: es un peligro siempre latente en nuestros sistemas de salud modernos.

La selección de personas para entrevistar y el contacto con ellas para organizar el tiempo y la forma de la entrevista, así como su realización, fueron pasos que luego se resignificaron como el comienzo de la construcción de un vínculo más estrecho. Del mismo modo, *a posteriori* se hizo visible que la entrevista había constituido un espacio donde comenzar a conversar sobre temas novedosos y conflictivos.

Una vez finalizado el trabajo de campo con los profesionales, y habiéndose sistematizado la primera información, se convocó a la primera *ronda de conversaciones*. Si la lectura sistemática de las entrevistas había transformado a nuestros entrevistados en “un grupo” que sólo existía en la cabeza del equipo de investigación, el momento del encuentro entre los profesionales entrevistados y el equipo de investigación instaló un espacio absolutamente novedoso e inédito dentro de las prácticas habituales del sistema de salud, del tipo de relación entre un nivel central y los equipos locales.

También permitió la creación de un espacio colectivo donde pudieran interactuar profesionales de diferentes especialidades y de diferentes establecimientos de salud generando la potencialidad subjetiva de salir de las “islas” y confrontar sus preocupaciones y respuestas con otros, teniendo como soporte un vínculo no amenazante a partir del esfuerzo realizado por la coordinación de la reunión. En este contexto fueron presentados los primeros resultados, habilitando a los profesionales a reflexionar de modo crítico sobre los hallazgos. El segundo encuentro fue más masivo y participaron también PVVS en calidad de discutidores y de público.

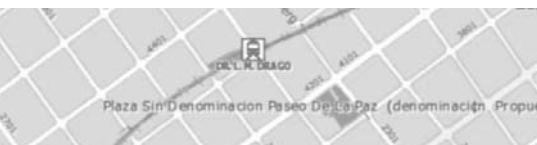
Tomando como insumos los resultados de las producciones colectivas que presentamos antes, es posible afirmar que los espacios abiertos por la investigación permitieron la emergencia de productos tanto en lo referido al objeto primario del trabajo –mejorar las propuestas para la atención de los usuarios– como al objeto secundario (crear vínculos entre los profesionales involucrados y disminuir –aunque de modo incipiente– los niveles de fragmentación con su correlato subjetivo de sentimientos de soledad).

Nuestro dispositivo de trabajo apostó a:

- La generación de tiempos y espacios donde intercambiar información y analizarla de modo colectivo.
- Respeto por los procesos, los tiempos y los contextos de trabajo de los equipos.
- Un proceso de construcción de confianza, diferente a una “intervención” puntual, que habilita a la instalación de vínculos.
- Una valoración de los diferentes saberes y respeto por los diferentes puntos de vista.

Esta experiencia dio lugar, además, a un mayor conocimiento sobre la existencia y los contenidos de las *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical* por parte de los diferentes actores involucrados en la pro-

blemática, a una mayor visibilidad de las necesidades en materia de salud reproductiva que tienen las PVVS que se atienden en el sistema, y a la mejora en los canales de derivación entre profesionales a la hora de tratar el tema de la salud reproductiva. Otro efecto positivo ha sido el aumento de toma de conciencia con respecto a la necesidad de ofrecer el test de VIH no sólo a la mujer embarazada sino también a su pareja sexual.



- hechos y palabras

BIBLIOGRAFÍA

- Campos, G., *Reforma da Reforma. Repensando a Saúde*, São Paulo, Hucitec, 1997.
- Campos, G., *Um método para análise e co-gestão de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*, São Paulo, Hucitec, 2000.
- Campos, G., *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.
- Campos, G., Clase de profesor titular en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNICAMP, Campinas/São Paulo, 17 de abril de 2007.
- Furtado, J.P., "Um método construtivista para a avaliação em saúde". *En Ciência & Saúde Coletiva*, 2001; 6 (1): 165-181.
- Furtado, J.P., "Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões". *En Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 11(22) pp. 9-25, 2007.
- García, G. y Margulies, S., *¿Qué derecho tiene ella para infectar a su hijo? La prevención de la transmisión vertical y la implementación del consentimiento informado para el test de VIH en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Mimeo, 2006.
- Laplanche, Jean y Pontalis, *Vocabulário da psicanálise*, São Paulo, Martin Fontes Editora, 1992.
- Onocko Campos, R., *Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria*, Campinas, Mimeo, 2002.
- Onocko Campos, R., "A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas". *En Campos, G., Saúde Paidéia*, São Paulo, Hucitec, p. 122-52, 2003.

- Onocko Campos, R., *La planificación en el laberinto. Un viaje hermenéutico*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2007.
- Secretaría de Salud, *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2002.
- Secretaría de Salud, *Éxitos médicos, desafíos humanos: reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH*, Coordinación Sida, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.
- Testa, M., *Pensar en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1993.
- Weiss, M., Comunicación personal, 2006.
- Weller, S., *Serviços de saúde e sexualidade: uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão* [Tese de Doutorado], Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, 2004.
- Weller, S. y TK Sundari Ravindran, "Public-private interactions in health". En TK Sundari Ravindran and Helen de Pinho (editors) *The Right Reforms? Health Sector Reforms and sexual and reproductive health*. Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand, South Africa, 2005. pp. 90-136.
- Weller, S., "Resultados de análisis de VIH no retirados: un 'ruido' que debemos escuchar". En *Infosida* N° 3: año 3, pp. 50-53, Buenos Aires, octubre de 2003.

IV

Los resultados
· (Qué)

·
·
·
·
·
·
·
·

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA: DEL CONTEO AL APOYO DE LA GESTIÓN

Marcelo Vila

Marisa Nan

Claudio Bloch

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

A. D. Langmuir, 1963.

La vigilancia epidemiológica es un conjunto de herramientas que permite reunir información sobre la magnitud de un problema de salud y su evolución, para así poder planificar acciones más eficaces como respuesta a una epidemia.

Desde que en 1989 la OMS elaboró las primeras normas de vigilancia para el VIH-sida, la epidemia ha adquirido diferentes niveles de complejidad y ha adoptado distintos patrones según el área geográfica. También ha habido cambios en los subgrupos poblacionales considerados, cuestión que plantea un nivel de mayor complejidad en el seguimiento.

Durante mucho tiempo, como sucedió en el resto del mundo, en la ciudad de Buenos Aires, la epidemiología sobre el VIH-sida se circunscribió fundamental y casi exclusivamente a la notificación de casos de sida. Se sabe, sin embargo, que en la actualidad esta vigilancia no sólo es incompleta, sino que expresa una situación con varios años de retraso con relación al momento de la infección. Como señala Onusida en su documento sobre Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación:

Hasta el momento los sistemas de vigilancia se han ba-

sado sobre todo en la notificación de los casos de sida, más que en la vigilancia centinela de la infección por el VIH. En la época en que estas infecciones inevitablemente evolucionaban a sida en un período predecible, la vigilancia de casos era fiable, si bien tardía (...). Sin embargo, con la aparición de los tratamientos que desaceleran la evolución de la infección, ha cambiado la interpretación de los datos sobre prevalencia de sida y su relación con las tendencias de la infección por el VIH. En la era de los tratamientos, se desconoce aún si habrá patrones de la infección que sirvan para predecir la evolución hacia sida o la supervivencia de los pacientes de modo que se puedan interpretar las tendencias de los datos de prevalencia de sida. (Onusida, 2000)

Siguiendo esta línea, desde su creación en diciembre de 2000, la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires comenzó a utilizar una serie de herramientas que complementan la notificación obligatoria de casos de sida (Vila y Maulen, 2003). Las mismas han permitido acercar la mirada hacia una situación más real, tanto cuantitativa como cualitativamente, y dirigir en consecuencia las estrategias de intervención.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

El desarrollo de la vigilancia epidemiológica de la Coordinación Sida contempló:

- La política y el modelo de gestión en el que se utilizaron los indicadores.
- El conocimiento del contexto social, político e institucional en que se realiza la vigilancia epidemiológica y el análisis crítico de los datos ya existentes.
- El establecimiento de vínculos de confianza en el campo de trabajo con los distintos actores involucrados en la producción de la información.
- La incorporación de nuevas dimensiones que den



cuenta del proceso de gestión y de su impacto en la respuesta a la epidemia.

El diagnóstico institucional acerca de la posibilidad de desarrollar una adecuada vigilancia epidemiológica mostraba claramente algunas dificultades estructurales del sistema que excedían ampliamente la problemática del sida.

Existía, y aún existe, una escasa cultura para incorporar la información proveniente de la vigilancia epidemiológica al proceso de toma de decisiones. Esto se evidencia en la dificultad para jerarquizar los datos, su poco uso tanto en los servicios locales como en el nivel central del sistema y en la dificultad de transformar los datos existentes en información útil. A esto se sumó la fuerte resistencia de algunos actores a compartir datos e información, tanto en el nivel local como central, producida entre otras razones por una percepción –no infundada– de que no existe una devolución de la información en forma sistemática y oportuna.

Un eje central de nuestra estrategia de gestión fue **construir un marco de confianza** con los servicios y otras áreas de gobierno que permitiera el cambio en la cultura institucional que necesitábamos. Para ello fue fundamental transparentar los objetivos, los métodos y compartir los resultados con quienes son los generadores primarios de la información, y darles participación en la construcción de nuevas herramientas de vigilancia epidemiológica.

LOS PRIMEROS PASOS

Para comenzar el proceso de análisis local del perfil de la epidemia solicitamos al Programa Nacional de Sida la base de datos de pacientes de la ciudad de Buenos Aires (que incluye tanto a los residentes como a los no residentes que se atienden en las instituciones locales). Esta información fue la base del primer informe epidemiológico, publicado en septiembre de 2001 en el primer número de *Infosida*, que contenía información sobre:

- 1 • **Vigilancia de la infección por VIH en grupos seleccionados:** prevalencia de la infección en diferentes po-

blaciones con el fin de observar tendencias (Número de análisis positivos/Número total de análisis realizados).

2 • Casos notificados de enfermos de sida: la notificación obligatoria (Ley Nacional 23.789).

3 • Análisis de la mortalidad (Coordinación Sida, 2001): los datos de mortalidad producidos a partir de los certificados de defunción.

Los datos ahí publicados fueron útiles para tener un primer diagnóstico del estado de la epidemia en la ciudad y mostraron como elementos significativos:

- Que el sida era la primera causa de muerte entre personas de 15 a 44 años, tanto hombres como mujeres, a pesar de que a partir del acceso a las terapias de alta eficacia había descendido la tasa de mortalidad en casi un 50% entre 1996 y 1999.

- Que el 60% de los enfermos de sida reportados hasta ese momento adquirió el virus por relaciones sexuales no protegidas, y 4 de cada 10 enfermos, por compartir el material de inyección (usuarios de drogas inyectables).

- Que el 4% de los casos de sida en nuestra ciudad ocurría en niños infectados por transmisión madre-hijo.

- Que el 1% de las mujeres embarazadas que se atendían en los hospitales públicos de la ciudad eran seropositivas.

Un resumen de la situación epidemiológica con la que nos encontramos al comienzo de la gestión puede leerse en el siguiente cuadro:

Casos de sida en la ciudad de Buenos Aires 1983 / febrero de 2001

N° de casos de sida totales en residentes	5.816
% de usuarios de drogas inyectables	37,9
% de hombres que tienen sexo con hombres	34,8
% de personas con prácticas heterosexuales	19,6
% de casos por transmisión vertical	4,4
Edad media de las personas	H: 34; M: 28
Razón hombre/mujer (año 2000)	2,9
% de personas con escolaridad primaria	35,7

A partir del diagnóstico inicial se propusieron las siguientes acciones:

- Fortalecer el sistema de recolección de información del VIH-sida tanto del ámbito público como del subsector privado.
- Se incorporó una nueva ficha con datos de la infección por VIH.
- Focalizar estrategias de vigilancia para poblaciones representativas.
- Se implementó un sistema de vigilancia intensificada de partos en mujeres con VIH con el fin de monitorear la transmisión vertical.
- Se optimizó un sistema de vigilancia centinela en las poblaciones de embarazadas, ITS, trabajadoras sexuales, gays y espacios de testeo voluntario.
- Producir análisis de la información y darla a conocer a las autoridades gubernamentales y a la ciudadanía.
- Utilizar los resultados como orientadores para las acciones.
- Montar un sistema de vigilancia sobre la venta y/o el uso de preservativos y de jeringas.
- Desarrollar estrategias para evaluar el impacto de la asistencia a los pacientes.
- Monitorear mecanismos de adherencia.

Notificación de diagnóstico de infección por VIH

La incorporación de una nueva herramienta, en este caso una ficha para el diagnóstico de infección por VIH, fue precedida por una serie de acciones para que su implementación tuviera validez y consistencia, y pudiera ser incorporada a la práctica diaria. A continuación listamos esta serie de acciones realizadas antes de enero de 2003, momento en el que se puso en práctica en la ciudad:

- Investigación sobre antecedentes de la vigilancia del VIH en otros países.
- Realización de un taller con la participación de representantes de todos los efectores estatales que atien-

den personas con VIH-sida en la ciudad para discutir y validar el instrumento. El mismo fue organizado conjuntamente por la Coordinación Sida y el Departamento de Epidemiología.

- Se incorporaron nuevas variables para el análisis a las fichas preexistentes sosteniendo la compatibilidad con las fichas del Programa Nacional.
- Luego de aprobada la ficha, se comunicó a las sociedades científicas y a los efectores públicos y privados el modo de implementación de la misma.
- Visitas sostenidas a los servicios de salud con el fin de consolidar la nueva herramienta.

Este mecanismo dio como resultado un mejoramiento en la calidad de la información y un compromiso de los servicios que se expresó en el incremento del número de notificaciones anuales (crecimiento del 48% entre 2002 y 2004).

Número de fichas de notificación de VIH-sida (1995/2006)

• •		
• •		
• •	Año de notificación	N° de notificaciones
• •	1995	1.022
• •	1996	1.150
• •	1997	1.190
• •	1998	857
• •	1999	1.078
• •	2000	1.157
• • •	2001	1.463
• • •	2002	1.423
• • •	2003	3.225*
• • •	2004	2.107
• • •	2005	2.178
• • •	2006	2.152

* Recoge fichas acumuladas de años anteriores.

ALGUNOS INDICADORES PARA LA GESTIÓN

Con el objetivo de contar con información que nos permitiera conocer no sólo el perfil de la epidemia sino también cómo era la respuesta de los hospitales y centros de salud, se utilizaron los siguientes indicadores organizados en tres categorías:

Localización de la epidemia:

- De acuerdo a la localización geográfica del domicilio del paciente (barrio) o, si no está disponible, el hospital donde se atiende, con la finalidad de establecer la distribución de la enfermedad en la ciudad.

Pacientes en seguimiento

- Número de pacientes internados por sida en el sistema hospitalario / total de pacientes internados.
- Número de pacientes en tratamiento ARV / número de pacientes VIH+ en seguimiento.
- Perfil de las drogas antirretrovirales entregadas por la Coordinación Sida a cada hospital.
- Número de cargas virales solicitadas / número de pacientes VIH+ en seguimiento.

Solicitantes de testeo

- Número de serologías solicitadas / número de entrevistas realizadas.
- Número de resultados retirados / número de serologías solicitadas.
- Número de resultados positivos / número de serologías efectuadas.

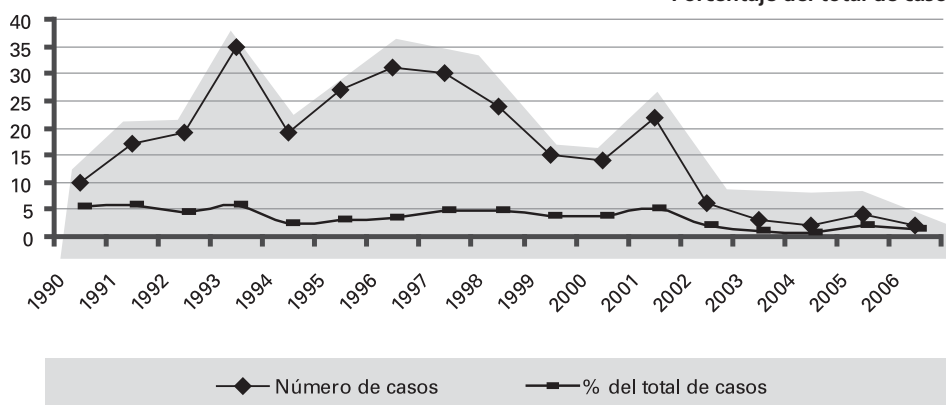
Seguimiento en obstetricia

- Número de embarazadas testeadas para VIH / número de partos realizados.
- Número de partos de mujeres VIH+ / número de partos realizados.
- Número de embarazadas VIH+ con profilaxis para la transmisión vertical / número de embarazadas VIH+.

Vigilancia de la transmisión vertical

La transmisión vertical es la principal vía de transmisión del VIH en los menores de 13 años en la ciudad de Buenos Aires (97% del total de los casos de sida en niños). El primer niño con diagnóstico de sida en la ciudad, infectado por transmisión vertical, fue reportado en 1986. Hasta 1996, año en que se alcanzó el valor máximo, se registró una tendencia ascendente en el número de nuevos casos y a partir de 1997 la curva fue descendiendo hasta la actualidad. (Este tema se desarrolla en el Capítulo IV.8.)

Evolución de los casos de sida por transmisión vertical (1990-2006)
Porcentaje del total de casos



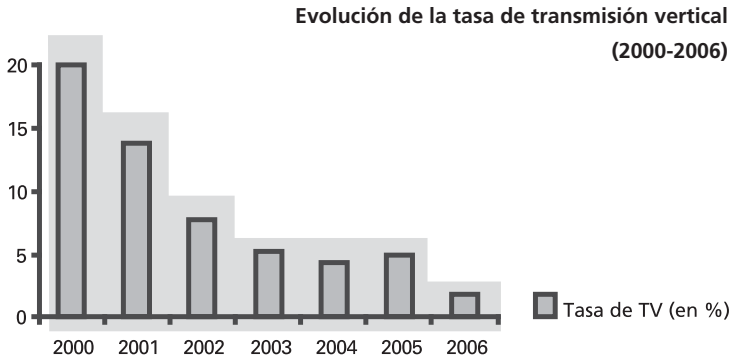
La vigilancia epidemiológica de la transmisión vertical no sólo contempla el conocimiento de la cantidad de niños infectados sino que además implica conocer la tasa de transmisión madre-hijo (TTV). De hecho, una de las metas que nos propusimos desde el comienzo de la gestión fue que la ciudad de Buenos Aires disminuyera la TTV a menos del 5%.

Una estrategia para monitorear este tipo de intervenciones fue la instrumentación de la vigilancia intensificada de los partos en mujeres VIH reactivas. Esto permitió contar con información precisa y adecuada sobre la infección de las mujeres embarazadas y el impacto de

las medidas que se tomaban a fin de prevenir la transmisión madre-hijo.

Esta vigilancia incorporó variables para dar cuenta del proceso de prevención-atención de las mujeres embarazadas VIH+: lugar de residencia, nivel de instrucción, momento del diagnóstico, vía de transmisión, tratamiento antirretroviral previo, profilaxis de los tres componentes de la transmisión vertical, CD4 y carga viral durante el embarazo, y tipo de parto.

Los datos obtenidos a través de esta vigilancia intensificada muestran un descenso en la TTV, que pasó del 20% en 2000 (Vila et al., 2003) a un 3,2% (I.C. 95%: 0,8/8,5) en 2006.



Estudios del comportamiento

El seguimiento epidemiológico de la infección por VIH-sida se utiliza para rastrear la prevalencia de virus en la población y en grupos definidos. Los estudios del comportamiento intentan obtener información que pueda favorecer el conocimiento de los factores que inciden en las conductas de las personas y en la transmisión de la infección.

Se pretende conocer cuáles son los grupos más vulnerables de la población y monitorear las tendencias de nuevas infecciones por VIH, datos que pueden servir para cambiar el curso de la epidemia. Dichos estudios se realizan en población general y en subgrupos específicos.

Ante la imposibilidad de realizar estudios propios, la Coordinación Sida se fijó como objetivo sistematizar la información disponible en la ciudad en el año 2004 a partir de fuentes secundarias. Se realizó una revisión de las diferentes fuentes de información, incluyendo trabajos académicos realizados por diferentes centros de investigación, resúmenes presentados en congresos, encuestas de salud, encuestas sobre marcadores biológicos relacionados con el VIH-sida, libros, artículos en medios de comunicación, etcétera.

La recopilación pretendió recuperar información que, en general, no tiene difusión más allá de los propios círculos cerrados en que fue producida. Se pensó que la información podía ser utilizada como complemento en la interpretación de los datos epidemiológicos existentes, dado que el registro aislado de estos cambios no permite aclarar los factores que los generan.

Se recopilaron 178 trabajos y se sistematizaron alrededor de cuatro ejes según poblaciones específicas: usuarios de drogas y reducción de daños; PVVS, donde se incluye adherencia al tratamiento y salud reproductiva; hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH); y jóvenes y adultos de ambos géneros (Nan, 2004).

En términos generales, las conclusiones de los trabajos locales analizados coinciden con la mayoría de los estudios desarrollados en otras regiones al indicar una vulnerabilidad diferencial por género en detrimento de la mujer, que la expone a mayores riesgos de contraer la infección. El uso del preservativo como doble protección en los jóvenes es un hallazgo expuesto en varios artículos, pero no se logra medir la frecuencia y continuidad en su uso.

La ausencia de mediciones sobre una misma población reiteradas en diferentes momentos hace que no sea posible verificar cambios en los conocimientos y comportamientos respecto al VIH-sida.

La evolución de algunos datos

A continuación expondremos una serie de indicadores

que nos permitirán apreciar las variaciones que ha sufrido la epidemia en la ciudad de Buenos Aires en el período 2000-2006. Estos indicadores se agrupan bajo tres subtítulos:

Evolución histórica de los casos de sida

- Por sexo
- Relación hombre-mujer
- Vías de transmisión
- Nivel educativo

Evolución histórica de las notificaciones de diagnóstico de VIH

- Por sexo
- Relación hombre-mujer
- Vías de transmisión
- Nivel educativo
- Estadio clínico al momento del diagnóstico

Evolución de la prevalencia en sitios centinela

- Embarazadas
- Población gay
- Trabajadoras sexuales
- Consultantes de ITS

Evolución histórica de los casos de sida

Los casos de sida en Argentina se comenzaron a reportar en el año 1983 y, si bien la vigilancia epidemiológica basada en este indicador ha dejado de tener la importancia que tuvo durante los primeros veinte años de la pandemia, aún sigue siendo útil para conocer el perfil de quienes enferman de sida hoy esclarecer las necesidades de gestión y establecer escenarios comparativos con la epidemia de infección por VIH. Esto es: el grupo de personas que enferman, en su mayoría, lo hace porque llega al diagnóstico en forma tardía o por tener dificultades en la adherencia al tratamiento antirretroviral. Necesitamos saber si quienes se enferman están representando a un subgrupo particular de las personas que viven con VIH-sida para el cual se debería definir alguna respuesta en materia de políticas y servicios de salud en particular.

• •
• •
• •
• •
• • •
• • •
• • •
• • •
• • •

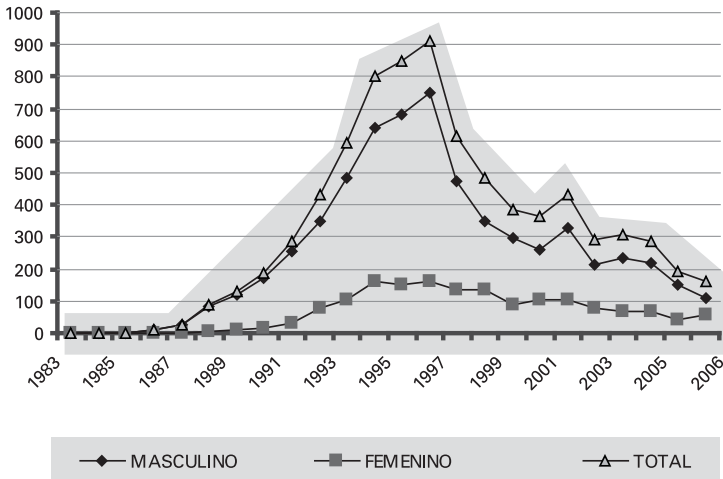
Desde el inicio de la epidemia, los efectores públicos y privados de la ciudad de Buenos Aires han notificado 15.063 casos de sida, de los cuales el 52,2% son residentes en el distrito. Para describir y analizar el perfil de la epidemia en la ciudad, se ha tomado este último porcentaje (N= 7.856), dejando por fuera de este análisis a aquellas personas que se atienden en los hospitales de la ciudad pero residen en otros distritos.

Número de casos de sida, totales y por sexo, residentes en la ciudad de Buenos Aires (1983-2006)

CASOS DE SIDA POR AÑO Y SEXO

	MASCULINO	FEMENINO	DESCONOCIDO	TOTAL
1983	2	0	0	2
1984	0	0	0	0
1985	1	0	0	1
1986	11	0	0	11
1987	26	0	1	27
1988	84	4	0	88
1989	121	9	2	132
1990	172	15	3	190
1991	255	29	3	287
1992	351	76	3	430
1993	483	105	5	593
1994	639	164	1	804
1995	684	151	15	850
1996	748	162	4	914
1997	473	135	4	612
1998	350	133	2	485
1999	297	88	2	387
2000	259	105	2	366
2001	328	104	2	434
2002	214	79	0	293
2003	236	69	0	305
2004	217	70	0	287
2005	152	43	0	195
2006	107	56	0	163
	6.210	1.597	49	7.856

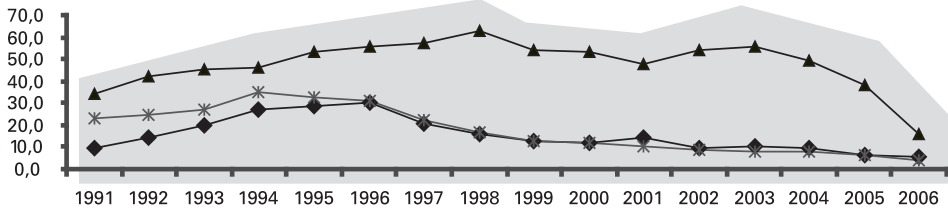
**Número de casos de sida, totales y por sexo,
residentes en la ciudad de Buenos Aires (1983-2006)**



La tasa de incidencia tuvo su pico en 1996 con 30,5 por 100 mil habitantes, y decreció luego paulatinamente hasta el 6,5 en 2005, que es el último año con información completa. Esta disminución es directamente proporcional a la aparición de la terapia antirretroviral de alta eficacia y es consistente con la disminución de la mortalidad en igual período. A partir de 2002 no se observan cambios sustanciales en la tendencia en el número de nuevos casos de sida. Para observar la posición relativa del impacto de la epidemia en la ciudad de Buenos Aires se ha efectuado un análisis comparativo con las ciudades de San Pablo (Brasil) y Madrid (España). Los resultados indican que la dinámica de los casos notificados de sida en Buenos Aires sigue un patrón muy similar al de España tanto en la curva como en la tasa absoluta. Se observa en San Pablo una curva con pendiente similar pero con una mayor tasa de notificación.

Incidencia comparativa de casos de sida, años 1991-2006 en las ciudades de Buenos Aires, Madrid y San Pablo

Incidenia de los casos de sida *100,000 hab.

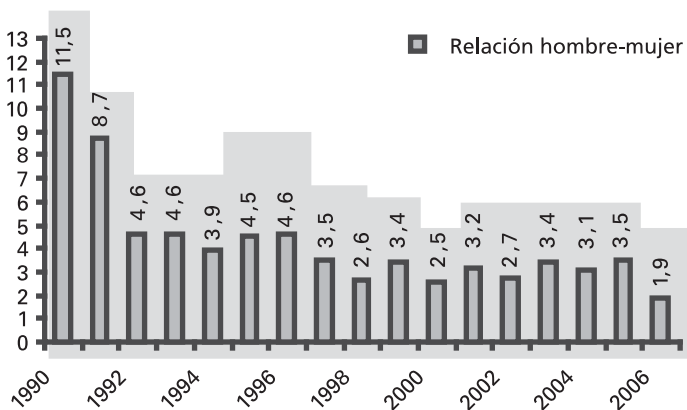


◆ Ciudad de Bs. As. ▲ San Pablo ✱ Madrid

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud y Consumo de España (Vigilancia epidemiológica del sida en España) y del Ministerio de Salud de Brasil (Banco de datos de sida).

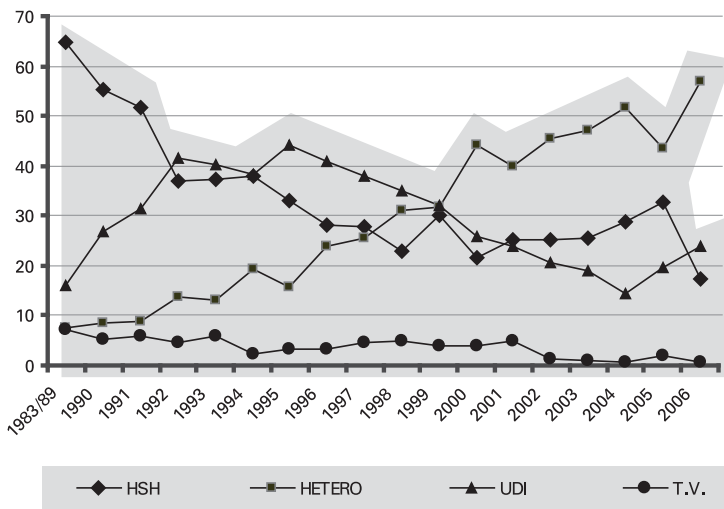
Otro de los cambios visibles en la epidemia de los casos de sida fue lo que se denomina su **feminización**. Es así que a principios de la década del 90, por cada caso de sida en una mujer existían casi 12 casos en hombres, para pasar a una razón hombre-mujer de 1,9 en 2006.

Razón hombre-mujer en casos de sida residentes en la ciudad Buenos Aires (1990-2006)

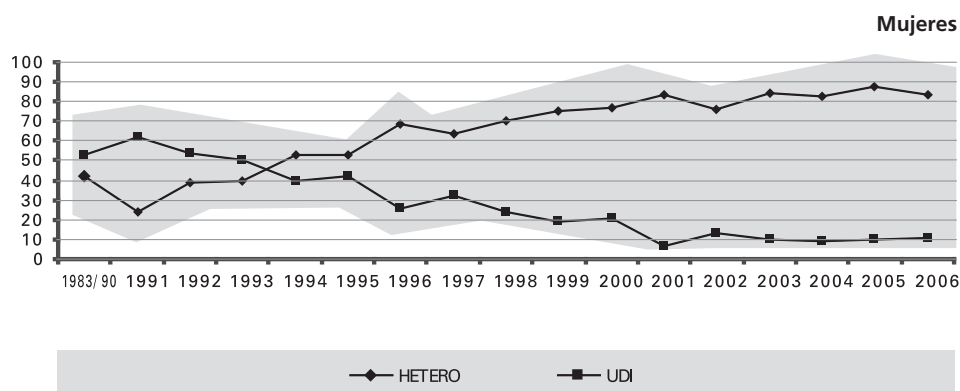
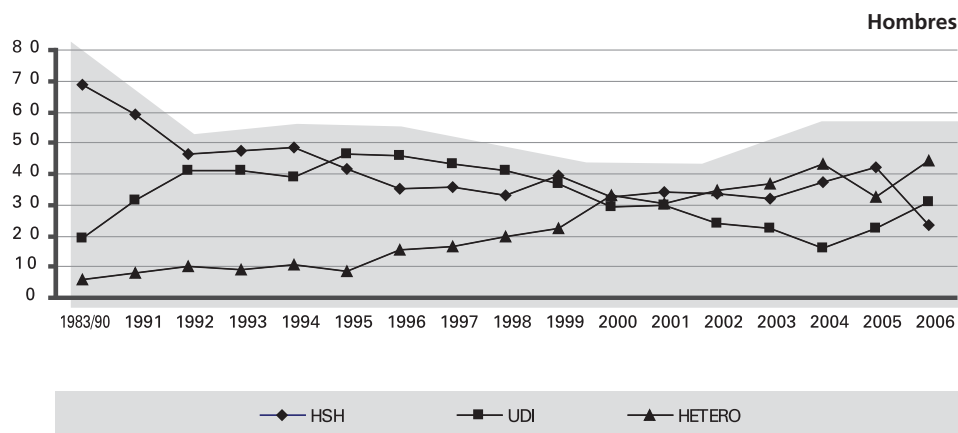


Junto al fenómeno de la feminización se fue instalando en la ciudad un proceso de **heterosexualización** de los casos de sida. Este cambio en las vías de transmisión se produjo en tres etapas. En la primera, en la década del 80, la principal vía de transmisión fue la sexual entre hombres que tienen sexo con otros hombres sin uso de preservativo; en la segunda etapa, década del 90, el mayor crecimiento se produjo entre los usuarios de drogas que compartían material de inyección; y la tercera, a partir de 2000, está caracterizada por un fuerte incremento entre las personas con relaciones heterosexuales sin uso de preservativo.

**Vías de transmisión
en casos de sida en la
ciudad de Buenos Aires
(1983-2006)**

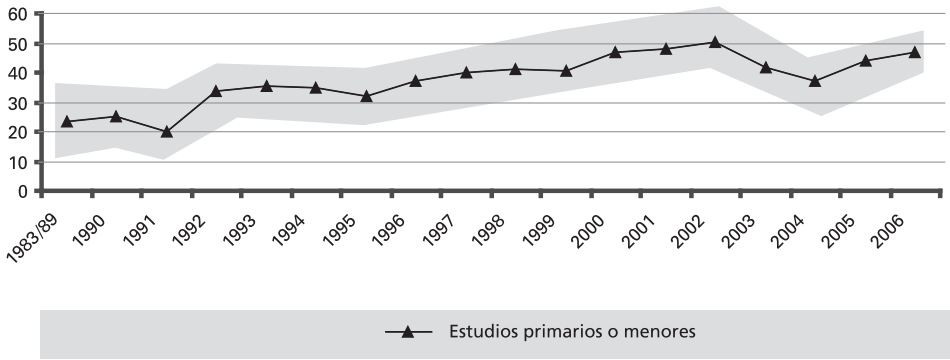


Vías de transmisión en casos de sida en la ciudad de Buenos Aires (1983-2006)



Si siguiendo con el análisis, se observa una disminución paulatina del nivel de instrucción en los casos de sida a lo largo de estos años: en 2006 casi el 50% de los casos corresponden a personas que no han superado la escolaridad primaria. Si se acepta que el nivel de instrucción puede utilizarse como un indicador del nivel socioeconómico, podríamos afirmar que en la ciudad de Buenos Aires se ha producido un fenómeno de pauperización de la epidemia.

Diagnósticos de sida con estudios primarios en la ciudad de Buenos Aires (1983-2006)



Evolución histórica de las notificaciones de diagnóstico de VIH

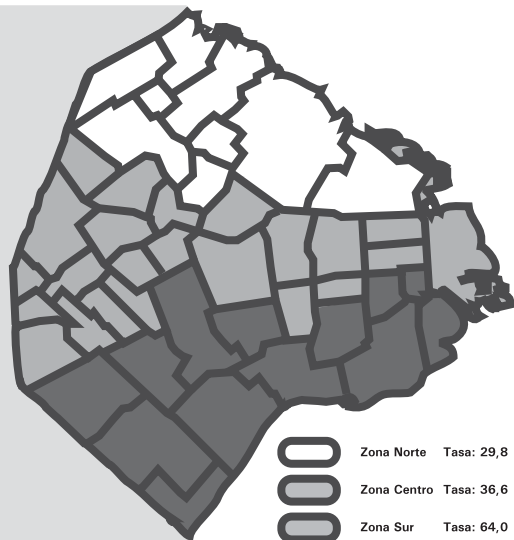
A partir de 2003, mediante el registro de las infecciones por VIH en la ciudad de Buenos Aires, avanzamos hacia un conocimiento más actualizado de la epidemia. La tendencia en estos últimos cuatro años muestra una estabilización en el número de las nuevas infecciones con una leve tendencia a la caída. Otro de los hechos a señalar es la confirmación de la **feminización**, la **heterosexualización** y la **pauperización** de la epidemia (que fueron analizadas anteriormente en relación con los casos de sida). A su vez, este perfil es confirmado por otros indicadores tales como la razón hombre-mujer, que se ubica próxima a un valor de 2 entre los diagnósticos realizados en los residentes de la ciudad; que casi 6 de cada 10 infecciones diagnosticadas entre 2003 y 2006 son por relaciones heterosexuales sin uso de preservativo; y que las personas infectadas con bajo nivel de instrucción (secundaria incompleta o menos) alcanzan el 60% (un porcentaje mucho mayor que en la población general).

Este diagnóstico nos permite apreciar que si bien la principal forma de transmisión son las relaciones heterosexuales sin uso de preservativo (57% del total de infeccio-

nes), las relaciones de hombres que tienen sexo con otros hombres siguen ocupando un lugar central en la ciudad (32%). Esto no sólo es observable en términos relativos sino también en términos absolutos, ya que este subgrupo muestra altos niveles de prevalencia de personas infectadas (alrededor del 10%) en forma constante durante los últimos seis años. El uso compartido de jeringas y la transmisión madre-hijo han dejado de tener un lugar preponderante entre las vías de infección, hecho que ocurría en años anteriores.

La distribución de los casos de infección por VIH dentro de la ciudad es heterogénea: la zona sur presenta una tasa de incidencia que duplica la de la zona norte. Esta diferencia es consistente con el hecho de que en la primera región se encuentra la mayor cantidad de personas bajo la línea de pobreza.

Tasa de VIH por zona de la ciudad de Buenos Aires (2003-2006)

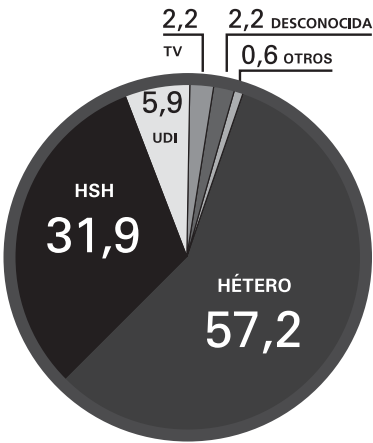


Por último, es necesario resaltar que el 55% de los residentes notificados fue diagnosticado en estadio asintomático y sólo el 22% correspondió a diagnósticos simultáneos (“diagnóstico de infección a partir de enfermedades marcadoras de sida”).

Número de notificaciones de diagnóstico de VIH, total y en residentes de la ciudad de Buenos Aires (2003-2006)

AÑO	TOTAL	RESIDENTES	% Residentes	R H-M Residentes	Tasa por 100.000 hab. residentes
2003	1.453	592	40,74	1,8	19,7
2004	1.272	504	39,62	2,0	16,8
2005	1.126	484	42,98	1,8	16,1
2006	868	377	43,43	2,1	12,6
TOTAL	4.719	1.957	41,47	1,9	

Diagnósticos de VIH según vías de transmisión en residentes de la ciudad de Buenos Aires (2003-2006)



Nivel educativo de los nuevos diagnósticos de infección y de la población general en residentes de la ciudad de Buenos Aires, años 2003-2006

Nivel educativo	Población general	Personas VIH+
Primaria incompleta o menos	6,0	11,1
Primaria completa	18,2	25,2
Secundaria incompleta	16,9	23,5
Secundaria completa	24,0	21,5
Terciaria/Universitaria	35,0	18,7

Evolución de la prevalencia en sitios centinela

Para monitorear la tendencia de la epidemia de VIH-sida a través del tiempo es necesario incorporar, además del análisis de los casos de sida y de las infecciones por VIH, los estudios de prevalencia en poblaciones seleccionadas. La suma de estos tres componentes de la vigilancia epidemiológica es los que permite construir un mosaico de información que funcione como insumo para la toma de decisiones.

Para la ciudad de Buenos Aires, uno de los grupos con mayor vulnerabilidad ha sido y continúa siendo el de hombres que tienen sexo con otros hombres. De hecho, desde que se comenzó con la vigilancia centinela en este colectivo, la prevalencia se ha mantenido con poca variabilidad en un valor que supera varias veces el de la población general.

Prevalencia de VIH en HSH según sitio centinela, en %, ciudad de Buenos Aires (2000-2006)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Prevalencia	13,01	12,98	8,55	8,77	9,92	7,9	9,8
I.C.: 95%	10,6-15,7	10,7-15,6	5,9-12,2	7,0-10,9	7,7-12,6	6,0-10,2	8,0-12,0
N° testeados	715	763	339	889	625	700	876

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

Otro de los grupos tradicionalmente estudiados es el de mujeres embarazadas, cuya prevalencia de VIH se utiliza como indicador de estimación de lo que sucede en la población general. De hecho, de acuerdo a las normas de Onusida, cuando en una región o país la prevalencia en este grupo supera el 1%, se considera que estamos ante una epidemia generalizada, siempre y cuando ese indicador esté acompañado de prevalencias por encima del 5% en algunos de los denominados grupos con alta vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectables, consultantes de infecciones de transmisión sexual, entre otros).

Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas en sitios centinela, en % ciudad de Buenos Aires (1998-2006)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Prevalencia	1,05	1,3	1,29	1,03	0,9	0,83	0,69	0,63	0,59
I.C. 95%	0,8-1,3	1,0-1,5	1,1-1,4	0,9-1,2	0,8-1,0	0,7-0,9	0,6-0,8	0,5-0,8	0,5-0,7
N° testeadas	5.887	8.787	26.177	19.666	18.959	26.130	27.542	16.362	31.660

En la ciudad de Buenos Aires, hacia fines de la década del 90, la prevalencia en mujeres embarazadas rondaba el 1% y en hombres que tienen sexo con otros hombres, estaba por encima del 10%. Esto significa que cuando el equipo de la Coordinación Sida comenzó a trabajar en la ciudad a fines del año 2000, el escenario mostraba una epidemia en etapa de *"generalización"*. Seis años después, esta epidemia se encuentra en una fase que se denomina *"concentrada"*¹; es decir con una prevalencia por encima del 5% en algún grupo con alta vulnerabilidad y una prevalencia menor al 1% en mujeres embarazadas.

[illegible]

De acuerdo a la clasificación de Onusida y OMS, la epidemia de sida puede tener tres estadios: a) Incipiente: prevalencia en grupos de alta vulnerabilidad < 5 %, y prevalencia en embarazadas < 1 %; b) Concentrada: prevalencia en grupos de alta vulnerabilidad > 5 %, prevalencia en embarazadas < 1 %; y c) Generalizada: prevalencia en grupos de alta vulnerabilidad > 5 %, y prevalencia en embarazadas > 1 %.

BIBLIOGRAFÍA

- Nan, M., "Hacia la vigilancia de segunda generación". En *Infosida* N° 4, pp. 72-74, Buenos Aires, noviembre de 2004.
- Mazzeo, V., "Mortalidad por sida en la ciudad de Buenos Aires". En *Infosida* N° 1, pp. 14-17. Buenos Aires, septiembre de 2001.
- Unids, "Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio", Ginebra, 2000.
Se puede consultar en:
<http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/>
- Vila, M. y Maulen, S., "Vigilancia epidemiológica: una herramienta estratégica". En *Infosida* N° 3, Buenos Aires, octubre de 2003.
- Vila, M., Bouzas, M. B., Bloch, C., Portnoy, F., Cañizal, A. M., Maulen, S., "La transmisión madre-hijo del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires". En *Libro de resúmenes del VI Congreso Argentino de SIDA*, Buenos Aires, 2003.

ABRIR EL JUEGO: LA RED DE PREVENCIÓN DE VIH-SIDA

Ariel Adaszko

En el marco del diagnóstico y de los consensos que precedieron al proceso de planificación estratégica del año 2001, se identificó que uno de los problemas prioritarios a los que la nueva gestión debería dar respuesta eran las dificultades de muchos sectores sociales para acceder a preservativos. En ese momento el país atravesaba una crisis sin precedentes que dejaba a más de la mitad de la población sumergida en la pobreza y, precisamente, los grupos más afectados por la epidemia eran aquellos que tenían menos acceso a los recursos necesarios para el ejercicio de sus derechos, entre ellos el de la salud.

Hasta ese momento, la distribución gratuita de preservativos en la ciudad de Buenos Aires se limitaba a 50 mil unidades anuales entregadas por el Programa de Salud Reproductiva. Este programa limitaba la oferta a mujeres en edad reproductiva y condicionaba el acceso a que participaran de reuniones grupales o concurrieran a consultas ginecológicas. No era raro que, cuando se dispensaba otro método anticonceptivo, el preservativo quedara relegado a un segundo plano.

Por ello, si una persona decidida a cuidarse no tenía los medios para adquirir preservativos, debía esperar alguna campaña de distribución gratuita el Día de la Primavera, el Día de la Mujer, el Día del Sida, etcétera. De igual forma, los equipos de salud y las ONG que promovían el uso del preservativo y pretendían demostrar cómo se colocaba correctamente o querían ofrecer algunos en el marco de sus actividades, dependían de ocasionales donaciones de los fabricantes.

Con este escenario, la Coordinación Sida adquirió 3 millones de preservativos y en agosto de 2001 comenzó a



construir un sistema de distribución con tres objetivos: a) facilitar el acceso al recurso a los grupos con mayor vulnerabilidad social a la infección; b) poner en circulación el preservativo en determinados espacios sociales clave; y c) abastecer a los equipos que desarrollaban actividades de promoción del uso del preservativo.

Al formular el primer objetivo estábamos pensando especialmente en personas en situación de pobreza. En relación con el segundo, pensábamos en grupos como, por ejemplo, hombres que tienen sexo con otros hombres, independientemente de si podían adquirirlos por sus propios medios, ya que entre esos grupos la incidencia de infecciones era mayor y creíamos que era simbólicamente importante la presencia del preservativo en sus espacios de socialización.

Ahora bien, habiendo delimitado el problema, los objetivos y contando con los recursos, ¿cuáles eran las mejores estrategias para alcanzar las metas? Existían varias alternativas pero no todas eran viables o, algo que nos interesa resaltar aquí, visibles en determinado momento del desarrollo. Pero cualesquiera hayan sido los caminos que elegimos, siempre debieron ser construidos y recorridos con otros. Esta idea no sólo alude a que la Coordinación Sida es un organismo de gestión de nivel central que tiene una función de rectoría y coordinación de acciones que otros organismos desarrollan en los niveles locales, sino a nuestra convicción de que una política que aspire a alcanzar un impacto real en el curso de la epidemia no se construye en solitario.

El tercer objetivo de la estrategia respondía en parte a la pregunta de con quiénes construir. Los actores que en ese entonces podíamos ver eran los equipos que trabajaban en el sistema de salud, en otras dependencias estatales –por ejemplo, programas dirigidos a mujeres, a jóvenes, etcétera–, las ONG y las redes de personas que viven con VIH-sida.

Desde el momento en que pusimos en marcha esta línea de trabajo han transcurrido seis años, lapso en el que muchas cosas cambiaron en la realidad socioeconómica de

la ciudad, en el escenario político-institucional y en nuestra forma de pensar y de responder a estas preguntas. La gestión estratégica es un proceso dinámico y abierto por lo que, naturalmente, no todo estaba previsto desde el comienzo. En un movimiento dialéctico entre práctica y pensamiento, fuimos aprendiendo en los propios procesos, de y con los otros actores con quienes caminamos.

El sistema de distribución gratuita de preservativos conformado inicialmente por 60 instituciones del sistema público de salud y algunas ONG fue nuestra primera respuesta al problema, y hoy se ha transformado en una red interinstitucional e intersectorial de más de 300 organizaciones, la mitad externas al sistema de salud y al Estado, distribuidas en toda la ciudad. La mayoría de estas instituciones dieron un paso más allá de la propuesta inicial y han integrado la distribución de preservativos a otras acciones de prevención.

Quizás el cambio más significativo en estos años sea el papel que fueron adquiriendo esos "otros" en el proceso, fundamentalmente las organizaciones de base comunitaria. Los manuales de planificación y gestión exhortan a las agencias gubernamentales a promover la "participación" y la "movilización" social para detener el avance de la epidemia, pero ¿qué tipo de participación promueven? ¿Quiénes son los "otros" que tienen que participar? ¿A qué se los invita? ¿Y si sus agendas son otras y no pueden o no desean participar? ¿Quiénes formulan la invitación o, en otros términos, quiénes somos "nosotros"? A veces, quienes trabajamos en salud tenemos visiones algo estereotipadas y respuestas rápidas a preguntas que en realidad están abiertas al descubrimiento en la singularidad de cada contexto y en eso consiste el aspecto artesanal de nuestro trabajo. En cierta forma la historia de la implementación de una estrategia de accesibilidad al preservativo en la ciudad de Buenos Aires puede ser leída como una construcción y reconstrucción continua de este "nosotros" en base al descubrimiento cotidiano.

La evolución de la estrategia no consistió simplemente en un crecimiento cuantitativo sino, sobre todo, en una transformación cualitativa del rol y el nivel de protagonismo que esas organizaciones sociales fueron ganando en tanto coautoras. El proceso de gestión nos fue llevando cada vez más a problematizar el límite entre un “nosotros” –inicialmente pensado como los efectores de la extensa red de salud pública de la ciudad de Buenos Aires (o más precisamente, los equipos que en ellas trabajan)– y los “otros”, tradicionalmente reducidos a ser la “población meta” u “objetivo” –y en el mejor de los casos, los instrumentadores de estrategias definidas en otro lugar o los nexos entre el Estado y la población–, y a reconocer en los “otros” una diversidad de actores con capacidad de agencia y creatividad, que se transformaron en coprotagonistas del proyecto.

Reflexionar acerca de la relación nosotros/otros nos lleva a pensar en cuál es nuestro rol y cómo entendemos la gestión. Desde nuestra perspectiva, la gestión es una práctica social desarrollada por sujetos, individuales y colectivos, en relación con otros sujetos, dirigida a transformar la realidad o aspectos de ella que estos sujetos –en tanto actores sociales con posiciones, necesidades, miradas e intereses diversos– piensen como problemáticos. De allí que para nosotros es insoslayable la dimensión política de estos procesos.

La propuesta en este capítulo es, a partir de la descripción y análisis de los distintos momentos que atravesó la estrategia de accesibilidad a preservativos en la ciudad de Buenos Aires, reflexionar acerca de la gestión como un proceso en el que distintos actores se reconocen, se relacionan y participan de una construcción colectiva.

La historia de la estrategia puede dividirse en cuatro momentos. El primero (2001) es el de la construcción de un Sistema de Distribución de preservativos, también llamado Red de Distribución, centrado en el sistema de salud y algunas ONG. El segundo momento (2002) se caracterizó por la ampliación de la oferta mediante la incorporación de organizaciones sociales de base comunitaria y de algunas

áreas del Estado que hasta entonces no estaban involucradas en el tema. El tercer momento (2003-2004) fue la transformación de esa red en una Red de Prevención, período en el que el acceso al preservativo se integró al desarrollo de estrategias más amplias de prevención y fase en la que intentamos promover el desarrollo de redes locales. Finalmente, el cuarto momento (2005 en adelante) coincide con el replanteo de la estrategia de prevención de la Coordinación Sida. En este apartado vamos a referirnos a los tres primeros momentos ya que el cuarto fue desarrollado en el Capítulo III.

Pensando el problema

Para construir la estrategia fue preciso responder a una serie de preguntas, algunas de las cuales nosotros mismos fuimos descubriendo en el propio camino. En primer lugar, ¿para quién es un problema el acceso inadecuado a preservativos? ¿Quién lo define como problema? ¿El Estado, “los especialistas” en sida, las ONG, las redes de personas infectadas?

Un problema existe a partir de que alguien percibe un fenómeno y lo define como tal.

El “problema” es una construcción que realiza un actor en base a una posición y que necesariamente recorta y reduce la complejidad de la realidad para poder analizarla y operar en ella. A su vez, que este “problema” dé lugar o no a una respuesta depende de muchos factores: voluntad, prioridades, capacidad técnica, disponibilidad de recursos, entre muchos otros. Hay temas contruidos como problemas por algunos actores del Estado que no se transforman en ofertas efectivas de servicios o que cuando lo hacen no son demandadas por la población. En igual sentido, si no creemos en la autodeterminación de las personas para decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales, si creemos que el Estado debería promover la abstinencia sexual como forma de prevenir nuevas infecciones o creemos que el curso de la epidemia debería quedar librado a las fuer-

zas del mercado, entonces no estaríamos problematizando la cuestión del acceso a los preservativos. Desarrollar una política de accesibilidad a este recurso presupone entonces adherir a una visión de cuáles son o cuáles querríamos que fueran las funciones del Estado, del sistema de salud, de las instituciones y de las personas que en ellas trabajan.

Aquí es importante aclarar que no todo el Estado piensa las dificultades al acceso como un problema prioritario o, incluso, como un problema. “El Estado” no es una entidad homogénea sino que está constituido por una diversidad de actores y fuerzas sociales y políticas que pugnan por el control de recursos en función de lo que según sus particulares visiones consideran adecuado. En nuestro caso fuimos descubriendo a lo largo de los seis años de trabajo diversos actores gubernamentales dentro y fuera del sistema de salud con los cuales trabajar, y también a varios que tenían otras lógicas o prioridades con los que, después de muchos intentos, nos dimos por vencidos.

Si enfocamos el asunto desde el lado de la población, también encontraremos situaciones que a un observador externo le parecerán negativas pero que están naturalizadas entre los afectados; otras veces hallaremos fenómenos contruidos como problemas por la población pero no transformados en demandas al Estado; y en otras ocasiones encontraremos necesidades que sí se transforman en demandas al Estado pero que no son reconocidas ni atendidas por ninguna agencia.

La particularidad del proyecto del que trata este capítulo es que los grupos a los que se dirige no siempre percibían las dificultades de acceso a preservativos como un problema por la sencilla razón de que habitualmente no los utilizaban. Pero si las acciones de promoción que nosotros y otras organizaciones encaraban en ese momento tenían éxito –como ocurrió–, entonces la falta de acceso sí se tornaría un problema. En definitiva, la estrategia debía producir un doble movimiento: por un lado, abastecer a la población ya sensibilizada sin acceso, así como a la que se

iría incorporando estimulada por las campañas de prevención; y al mismo tiempo, tenía que construir la oferta.

Volviendo a la pregunta sobre quién definió el problema, en este caso surgió de un consenso en el marco del proceso de planificación estratégica en el que participaron diversos actores, incluyendo a muchos integrantes de servicios de salud y de otras áreas del Estado.

Así como el Estado no es homogéneo, cuando hablamos de la “población”, ¿a quiénes nos referimos? Responder esta pregunta no es tan sencillo como parece y en nuestro caso la dificultad quedaba en evidencia cuando intentábamos responder a otra pregunta: ¿cuántos preservativos teníamos que comprar para abastecer a la “población”? Eso depende.

Para trabajar sobre los obstáculos al acceso necesitamos reconocer la diversidad dentro de los llamados “grupos vulnerables”. Los estereotipos funcionan, entre otras formas, resaltando algún rasgo y diluyendo las diferencias. Sin embargo, cuando nos damos el tiempo para conocer a cada uno de esos grupos descubrimos una gran variabilidad y una cantidad de situaciones muy diferentes que ameritan respuestas más complejas e igualmente diversas. El conocimiento “a distancia”, muy frecuente entre quienes definen políticas, no sólo es poco preciso sino que suele deformar la realidad y dar lugar a ofertas que nadie utiliza. Para lograr una gestión exitosa debemos caminar “los barrios” y las “instituciones” para saber qué está pasando, quiénes son esas personas, qué procesos operan para producir la vulnerabilidad. Pero también, quienes trabajamos en los niveles centrales debemos reconocer la existencia de actores en los niveles locales que por su trabajo cotidiano con estas poblaciones las conocen y pueden tomar muy buenas decisiones sobre el desarrollo de políticas (y de hecho lo hacen sin necesidad de pedirnos permiso).

Pongamos dos ejemplos para aclarar este punto. Supongamos que instalamos puestos de distribución de preservativos en los centros de salud para que las personas en



situación de pobreza puedan retirarlos gratuitamente. Pues bien, resulta que estos lugares son poco amigables con los usuarios de drogas inyectables, las trabajadoras sexuales o las travestis, más allá de su situación socioeconómica. El segundo ejemplo: supongamos que instalamos puestos de distribución en comedores comunitarios, espacios que algunos grupos han construido históricamente como recurso en sus estrategias de reproducción. Pues bien, los llamados “nuevos pobres” –producto de más de una década de políticas neoliberales de exclusión– no hacen uso de ese tipo de espacios. Este fenómeno quedó muy claro ante las dificultades para encontrar organizaciones comunitarias en la zona centro y norte de la ciudad que se sumaran a la política de accesibilidad.

No sólo la representación de un “otro” puede dar lugar a engaños sino la propia idea de un “nosotros”. Tendemos a naturalizar estos conceptos como entidades fijas e independientes cuando en realidad nosotros/otros se definen en la relación. Al hablar de un “nosotros” en las instituciones de salud, ¿de quiénes hablamos? ¿De todos los que mantenemos una relación contractual con el Estado, independientemente del rol, formación, categoría profesional, de si trabajamos realmente o no lo hacemos, de si somos profesionales de clase media o personas en situación de pobreza contratadas para realizar tareas de mantenimiento dentro de los hospitales? La ambigüedad del límite se manifestó varias veces a lo largo de los años cuando muchos profesionales se preguntaban si era adecuado que el personal administrativo, de mantenimiento, de cocina o de seguridad retirara preservativos o no. ¿Estas personas eran parte del “nosotros” oferente del servicio o parte de los “otros” destinatarios del mismo? Cabe destacar que muchas veces la ambigüedad resultaba en que no se los dejaba participar en los dispositivos de distribución –por desconfianza– y a la vez se veía con malos ojos que se llevaran preservativos para uso personal.

Muchas veces, con el tiempo, descubrimos que las per-

sonas que inicialmente incluíamos dentro del “nosotros” éramos más diferentes de lo que pensábamos al conocerlos, y algunas personas inicialmente categorizadas como “otros” eran mucho más semejantes a “nosotros” —o sus agendas estaban más próximas— de lo que estábamos dispuestos a reconocer en base a nuestros propios estereotipos y prejuicios, especialmente los de clase. La idea de un “nosotros” en tanto identidad aglutinante facilita algunos procesos pero también obstaculiza ciertas construcciones e impide aprovechar oportunidades, como veremos más adelante. Como ya dijimos, es fundamental generar las oportunidades para descubrir a esos “otros”.

Responder por quiénes pueden participar en la construcción de una estrategia de accesibilidad nos lleva a reconocer, o desconocer, a los múltiples actores que operan en el campo de la salud/enfermedad/atención y la forma de pensar estos procesos. Las acciones de promoción de la salud, de prevención y de atención no son patrimonio de especialistas. El campo de la salud es más amplio que el sistema de salud. Sin embargo, existe una asimetría de poder muy marcada entre los actores que participan en este campo, y el saber biomédico reactualiza cotidianamente su hegemonía excluyendo, subordinando o negando el saber y las prácticas de otros actores sociales.

Para construir la política de accesibilidad tuvimos que poner en tensión tanto la dicotomía nosotros/otros como las ideas dominantes según las cuales el saber, la creatividad y capacidad de hacer cosas estaban exclusivamente entre los actores “titulados” del sistema de salud o en las ONG. Fue en el propio caminar que descubrimos los ritmos, los modos de andar y las direcciones convergentes o divergentes de los múltiples actores.

La Red de Distribución (en primera persona)

En agosto de 2001, el director de la Coordinación Sida nos pidió a dos residentes¹ que en ese entonces rotábamos por el organismo que colaborásemos en el desarrollo de la

1 Un antropólogo y una trabajadora social integrantes de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, posgrado especializado en la capacitación de profesionales en el desarrollo de proyectos de promoción de la salud y prevención desde una filosofía de atención primaria.

estrategia de accesibilidad. El pedido era muy concreto: lograr que los preservativos –recientemente licitados– y una serie de folletos que promovían su uso llegaran a los sectores más vulnerables.

A todos nos pareció natural que las instituciones del sistema de salud debían ser los mediadores entre estos recursos y los destinatarios. Esto no implicaba restringir las acciones a este sector y, de hecho, en los primeros meses fuimos incorporando como espacios de distribución a aquellas ONG que realizaban actividades de prevención y que en función de sus proyectos requerían preservativos. Sin embargo, nos concentramos inicialmente en los servicios de salud por dos motivos. El primero era que consideramos que tienen una responsabilidad indelegable de enfrentar la epidemia. La ciudad de Buenos Aires cuenta con una extensa red de establecimientos –en ese momento 33 hospitales y 32 centros de salud– que brindan servicios no sólo a los habitantes del distrito, sino a residentes de toda la región metropolitana que utilizan habitualmente los recursos de salud de la ciudad, derecho reconocido por la Ley Básica de Salud. El segundo motivo era que las ONG trabajaban en espacios acotados y con grupos muy específicos –gays de sectores medios y altos, círculos restringidos de usuarios de drogas, trabajadoras sexuales, entre otros– y no tenían acciones que alcanzasen a la población en situación de pobreza en general.

En esta fase, si bien la meta final era facilitar el acceso, el trabajo se concentró en un peldaño previo, los obstáculos a la constitución de una oferta efectiva. Nos anticiparon que nuestro mayor desafío sería lograr que los recursos “no permanezcan dentro de los armarios” y lleguen a los usuarios del sistema, aunque no nos explicaron los motivos por los que este problema podría ocurrir. Para dos residentes recién llegados de un centro de salud, el sentido común decía que los recursos no se distribuyen porque escasean, no porque quedan guardados.

“Comencemos con un par de hospitales y vemos cuál

es la respuesta.” Así, en pocos días empezamos a “caminar” los establecimientos del sistema de salud y a conversar con una serie de contactos. Preveíamos que los obstáculos a la distribución se originaban en la burocratización, la falta de incentivos, la desidia o, como mucho, la vergüenza de los profesionales para trabajar con preservativos. En ese momento pensábamos en términos de actores y resistencias individuales más que en condiciones estructurales. No es que no hubiéramos leído acerca del “modelo médico hegemónico”, pero éramos muy optimistas y no veíamos cómo la forma hegemónica de pensar y organizar el trabajo podría dificultar algo aparentemente tan sencillo como distribuir preservativos.

Sería cuestión de hallar personas motivadas y sensibilizar y entusiasmar a otras, en un sistema integrado por 28 mil trabajadores, la mayoría de los cuales, sin importar la especialidad, estamos seguros de que en una charla de café podrían formular proposiciones tales como “el sistema de salud debería estar orientado a la prevención” y “el Estado debería distribuir preservativos gratuitamente”. Utilizamos intencionalmente el modo condicional y la tercera persona para enfatizar la distancia entre el sujeto que emite el discurso y la indeterminación de quién se hará cargo de materializarlo.

Nuestra meta a mediano plazo era que buena parte de los efectores del sistema, especialmente los del primer nivel de atención, y los hospitales generales pudieran implementar dispositivos para la distribución de preservativos a los usuarios que se acercaran. No pedíamos que los equipos o servicios que participaran necesariamente tuvieran que hablar de sexualidad con los usuarios, ni siquiera que les enseñaran a colocar correctamente el preservativo. Sólo que pensarán mecanismos que permitieran integrar la oferta de este recurso a su práctica cotidiana: un *dispenser*² en una sala de espera, una canasta con preservativos en la mesa de informes o una cajita encima del escritorio dentro del consultorio.

² Durante el primer año incentivábamos a los equipos a instalar *dispensers* de preservativos pues creíamos que lo mejor era evitar la mayor cantidad de mediaciones entre los recursos y sus usuarios. Con el tiempo, a medida que se instalaba la estrategia y los trabajadores del sistema de salud se habituaban a “convivir” con preservativos, relativizamos esta visión.

Durante los primeros meses, nuestra actividad se resumía en: recabar información sobre contactos, visitarlos y hacerles conocer el material preventivo, ofrecerles sumarlos a la distribución del mismo y coordinar los mecanismos para que el material llegara en tiempo y forma y se distribuyera. En aquel momento parecía un rol a mitad de camino entre el visitador médico y el administrativo encargado de un sistema logístico. Tardamos un tiempo en resignificar este rol y entender la pertinencia de nuestros saberes disciplinares en la construcción de la estrategia. En este sentido, fuimos aprendiendo que los roles, las identidades, los liderazgos, no están dados de antemano sino que se van construyendo en el propio proceso. Desde el modelo de gestión que propiciamos, los actores que se suman a participar en un proceso deberían asumir un rol proactivo en la construcción de sus lugares –entendiendo este término en un sentido amplio– y no sólo esperar a que se les diga qué y cuándo hacer las cosas.

Elegimos comenzar por hospitales de la zona sur en función de criterios epidemiológicos, de vulnerabilidad y porque allí teníamos mayor cantidad de contactos. Como es natural, cada contacto abre algunas puertas y cierra otras, pero al desconocer las particularidades del escenario de cada institución, esto no podíamos evaluarlo de antemano. Siguiendo la estrategia de la bola de nieve –cada contacto refería a otros– ampliamos el número de modo de tener una base inicial con la que trabajar. En ese momento consideramos que era importante sumar la mayor cantidad de puntos de distribución de preservativos posible en cada institución. Buscábamos contactar a algunos servicios clave: Infectología, Servicio Social, Adolescencia, Tocoginecología, Promoción y Protección, Salud Mental, Área Programática, entre otros.

Teníamos buenos motivos para sumar a cada uno de ellos; motivos que, por lo menos a nosotros, nos parecían obvios. En el caso de los servicios de Infectología, pues en ellos se atienden más de 10 mil personas infectadas para

las cuales era importante evitar la reinfección o la transmisión a sus parejas sexuales. En el Servicio Social, porque allí concurren cotidianamente personas en situación de pobreza cuya vulnerabilidad social se ve incrementada por carecer de un acceso adecuado a recursos de todo tipo. En los servicios de Adolescencia, porque los profesionales de este área estaban particularmente motivados para promover el uso del preservativo entre sus usuarios, jóvenes de 12 a 20 años. En Ginecología y Obstetricia, porque son servicios que se ocupan de la salud de las mujeres y, en el segundo caso en especial, porque concurren mujeres que continúan manteniendo relaciones durante el embarazo e imaginamos que los obstetras estarían interesados en evitar la infección durante ese período. Los servicios de Promoción y Protección son, en el sistema de salud porteño, los responsables por llevar adelante acciones preventivas dentro de los hospitales y, además, porque allí concurren adolescentes y adultos varones para vacunarse y obtener una libreta sanitaria, personas que no suelen transitar por otros servicios de salud salvo en caso de urgencias. Pensamos en Salud Mental porque conocíamos a psicólogos que trabajaban dentro de los hospitales desde un enfoque de promoción de la salud. En síntesis, la idea era armar redes intrahospitalarias que participaran de la política de accesibilidad y de promoción del uso del preservativo.

Estamos convencidos de que en todo proceso de gestión es fundamental tener una visión, una meta que, aunque parezca lejana, dé sentido y oriente el trabajo. Nuestra visión era que “cada persona, sin distinción de clase, género, edad, origen étnico o migratorio, orientación sexual y prácticas sexuales que prefiriera, pudiera acceder a tantos preservativos como necesite en un sitio próximo adonde transcurría su vida cotidiana (y en horarios convenientes)”³. No pasó mucho tiempo para que comprendiéramos que los hospitales no son los lugares más adecuados para transformar esta visión en una realidad.

En cada institución se procuró contactar un referente

³ Algunos establecimientos de salud propusieron dispensar preservativos dos días fijos por semana e inclusive, en esos días, en una franja horaria muy acotada. Conversando con los equipos se logró modificar estos criterios de “accesibilidad”.

sensibilizado y con capacidad de organizar las demandas del resto de los equipos. La propuesta que se les formuló fue: coordinar los requerimientos de preservativos dentro de la institución; elaborar una estrategia de comunicación institucional de prevención del VIH-sida; y, en una segunda fase, operar como nexo con organizaciones comunitarias y otras instituciones de la zona que quisieran participar de la oferta.

En esta instancia también procuramos brindarles un marco institucional e incorporarlos a una estrategia general de prevención de modo tal que no se sintieran solos. A la vez, se intentó responder a sus demandas que, en primer lugar, se referían a la continuidad del proyecto y al suministro de recursos; y en segundo lugar, a la capacitación en prevención, en trabajo con PVVS y espacios de intercambio con otros grupos de trabajo.

La recorrida por las instituciones de salud fue más rápida de lo que esperábamos y entre mediados de agosto y finales de noviembre de 2001 contactamos, visitamos e incorporamos a la estrategia de accesibilidad a 41 centros del primer nivel de atención, 2 centros ambulatorios de salud mental, 14 hospitales generales de agudos, 2 hospitales pediátricos, 1 hospital de enfermedades infecciosas, una maternidad y un hospital psiquiátrico. La forma de incorporarlas fue variada: en general entrábamos desde abajo pero a veces lo hacíamos desde arriba. A veces utilizábamos mecanismos formales y en otras ocasiones apelábamos a redes informales. En algunas oportunidades incorporábamos instituciones, en otras ocasiones eran equipos; y en algunas los que realmente se estaban incorporando eran personas.

A su turno, la adhesión de los efectores –y de sus servicios– a la propuesta fue variando de institución a institución. En algunas nuestro mayor aliado fue el Servicio Social, en otras fue Promoción y Protección, en otras Infectología, en algunas Obstetricia, e incluso en un lugar fue Pediatría. No es posible extraer patrones o tendencias de adhesión

generales para todo el sistema, sino que la posibilidad de construcción en cada organización dependió de la combinatoria de muchos factores. De lo que sí estamos seguros es de que la falta de personal o tiempo no jugó un papel importante en ninguno de los servicios que no se sumaron a la iniciativa.

Al mismo tiempo sumamos a ONG y redes de personas que viven con VIH-sida que se comunicaban periódicamente con la Coordinación Sida para solicitar preservativos y folletos para sus acciones. Con ellas la propuesta era no sólo auditar el destino de los recursos provistos por el Estado, sino brindarles, en la medida en que lo quisieran, asistencia técnica en la construcción de sus acciones. Este trabajo lo hacíamos en conjunto con otros componentes de la Coordinación Sida (ver Capítulo III). Estos intentos recibieron respuestas dispares desde las ONG. Mientras que con algunas pudimos escucharnos mutuamente merced a haber logrado construir un vínculo de confianza y respeto mutuo, otras, habituadas y adaptadas funcionalmente a años de ausencia del Estado, se sintieron incomodadas y no aceptaron este diálogo.

Trabajando de este modo, para fines de 2001, tuvimos un núcleo crítico de organizaciones que distribuían los materiales en distintos puntos de la ciudad pero, y esto lo supimos rápidamente, estábamos lejos de alcanzar la meta primordial del proyecto. Desde el punto de vista de la viabilidad y sustentabilidad de la estrategia, evaluamos que si bien muchas organizaciones trabajaban muy seriamente, más allá de si pertenecían al sistema de salud o no, estaban caracterizadas por el bajo impacto, escasa formación técnica específica y cierto grado de improvisación y voluntarismo. Desde allí decidimos profundizar el trabajo de acompañamiento y de fortalecimiento institucional (ver Capítulo IV.3).

Desde el punto de vista de la accesibilidad al preservativo, confeccionamos el primer mapa preventivo de VIH de la ciudad de Buenos Aires. El mapa nos permitió, en primer

Tabla 1: Centros de distribución de preservativos según tipo de organización (Diciembre de 2001)

Entre agosto y diciembre del primer año, momento en que se produjo la crisis político-institucional de 2001, 153 instituciones distribuyeron casi 1 millón de preservativos,

poco más de 200 mil folletos y colocaron 5.000 afiches promocionando el uso del preservativo y el testeo voluntario con asesoramiento. En la **Tabla 1** puede observarse la ubicación de las 84 instituciones –de las 153– que distribuían bajo la modalidad de puntos fijos. La tabla también muestra que en esa época nuestra forma de pensar la ciudad aún estaba basada en las divisiones según Áreas Programáticas⁴, cuestión que se modificó al año siguiente.

Las dificultades para facilitar el acceso al preservativo en las instituciones públicas de salud

Durante los primeros dos años no realizamos mediciones directas sobre el incremento en el acceso al preservativo, ya que la meta era instalar la estrategia y fortalecer los equipos que se hacían cargo de desarrollarla en cada institución. La información sobre el desempeño de la red en general y de cada institución en particular era utilizada como insumo para pensar junto con los equipos la necesidad de profundizar o reorientar el trabajo.

En las visitas a las instituciones de salud aparecieron problemas de muy diverso orden a los que haremos referencia en este apartado. En cierta forma manifiestan características estructurales del modelo de atención en el sector público que van más allá del VIH-sida y fueron el puntapié inicial que nos llevó a buscar nuevas alternativas. Algunos se vinculan con el funcionamiento y organización del sistema y las instituciones, otros con la formación profesional, otros con la complejidad del tema y otro tanto con las representaciones y los prejuicios sobre los usuarios.

Construir una estrategia que facilite el acceso a preservativos es mucho más que montar un sistema eficiente de distribución de un insumo por varios motivos, entre ellos por la naturaleza y objetivo que tiene el recurso en cuestión: impedir la transmisión del virus en una relación sexual, en cualquier relación sexual. Esta afirmación no desconoce la complejidad que conlleva el armado de cualquier sistema de distribución, dimensión que aprendimos a

⁴ La ciudad de Buenos Aires está dividida en doce regiones sanitarias que reciben el nombre de Áreas Programáticas. El desarrollo de acciones de promoción y atención de la salud/enfermedad en cada una de estas regiones es responsabilidad de un hospital general de agudos.

valorar con el tiempo ante muchas dificultades que aparecieron en el camino. Lo que sí nos interesa destacar es que por su historia, estructura y por las funciones que cumple, el sistema de salud, las instituciones que lo conforman y los saberes y prácticas que lo producen y reproducen cotidianamente son refractarios al desarrollo de acciones sostenidas de promoción y prevención, más aún cuando están vinculadas con la sexualidad de las personas.

Los sistemas de salud y las prácticas de prevención y atención tienen un carácter histórico y social. Son respuestas particulares que producen diversos actores con intereses y miradas diferentes acerca de la realidad, de qué es bueno, normal y saludable⁵, y entre los cuales existen relaciones de poder. Las prácticas de prevención y atención, fueran las que fueren, están atravesadas por factores ideológicos, políticos y económicos, incluso aquellas que parecen más médico-técnicas o "neutrales". Toda intervención en salud no sólo cumple funciones curativas: también contribuye a la construcción de ciudadanía o, por el contrario, a socavarla. Basta aquí recordar que si existe un campo en donde las dimensiones ideológica y política son claves, es el de la sexualidad y el VIH-sida.

Reconocer que las prácticas, rutinas, procesos de trabajo y modelos de atención han llegado a ser lo que son hoy a través de una historia, permite pensar que ellos pueden ser transformados. El de la salud es un campo de fuerza en el que operan relaciones de hegemonía/subalternidad entre los actores y entre ciertas formas de pensar y hacer las cosas. En el proceso de construir la estrategia de accesibilidad nos topamos a cada paso con eventos, actitudes, voces y miradas que nos marcaban esta realidad y, lo que era más preocupante, la institucionalización de la falta de reflexión sobre estas realidades. Más allá de los discursos que valorizan la prevención, lo real era que la naturalización de lo instituido conducía a la idea de que el sistema había sido, era y seguiría siendo igual y que no valía la pena el intento de organizarse con otros para construir caminos alternativos.

⁵ En casi todas las sociedades contemporáneas se trata a los términos "salud", "normal" y "bueno" como sinónimos, y así se oculta la dimensión moral y política de los procesos salud/enfermedad/atención y de las decisiones y prácticas de quienes participan en estos procesos.

El siguiente listado expone algunos de los problemas que fuimos trabajando con los equipos en las instituciones de salud. No es exhaustivo:

- Un sistema con problemas de acceso en general no es el mejor lugar para garantizar el acceso al preservativo en particular. No sólo aludimos a cuestiones de organización y prácticas expulsivas, sino que, en el caso de los hospitales, nos referimos a la propia estructura edilicia. Imaginemos a una persona que se acerca a un hospital solamente para retirar preservativos y debe deambular por corredores y pabellones buscando la puerta correcta.
- Dado que el sistema mira hacia adentro y está centrado en la oferta, y en el desarrollo de las acciones no hay una perspectiva poblacional o epidemiológica, es frecuente que cuando se pregunta a los equipos cuántos preservativos o folletos necesitan les resulte complicado responder pues no saben exactamente con qué población trabajan: "Mandame los que puedas". A su vez, la distribución se limita a "tengo los preservativos y si viene alguien a pedirlos se los entrego".
- Una mirada estrecha sobre qué significa atender el padecimiento humano genera que la llamada prevención –primera o secundaria– no sea visualizada como un componente central de una buena atención. Ello produce una predisposición a relegar la distribución de preservativos a ¿"especialistas en prevención"? o "especialista en sida". "Yo trabajo con el cuerpo enfermo, con la patología."
- En relación con el punto anterior, puesto que no existe en el organigrama un cargo, rol o nivel administrativo responsable de la distribución de preservativos, entonces necesitamos de sujetos proactivos que digan: "Me parece importante y me interesa participar. Podríamos hacer...".
- La transformación del sujeto-usuario en paciente-ob-

jeto-cuerpo: "Yo me ocupo del cuerpo", e incluso de ese cuerpo-objeto "me toca sólo una porción o función". Esto da lugar a que los trabajadores del sistema no visualicen que pueden cumplir un rol desarrollando esta acción.

- Existe una dificultad para encontrar espacios y tiempos para implementar estrategias de prevención. Todo o nada. No se visualiza que muchas veces no es necesario montar un dispositivo específico para la prevención, sino que la conversación sobre el uso del preservativo y su suministro puede integrarse a una consulta clínica.

- Es habitual encontrarse con un desbalance en la distribución del trabajo que produce que quienes tienen ganas de hacer actividades de prevención de VIH-sida sean los mismos a quienes les interesa trabajar en el tema de la anticoncepción, nutrición, vacunación, etcétera. A su vez, no está previsto ningún tipo de incentivo o reconocimiento de estas actividades, ni tampoco existen mecanismos para equilibrar la distribución de tareas y responsabilidades.

- En general los profesionales carecen de herramientas metodológicas para realizar actividades de prevención y promoción de la salud o las que conocen se basan en un paradigma de educación para la salud normativo que no sólo está perimido conceptualmente sino que en la práctica ni siquiera es eficaz para alcanzar los objetivos normativos que pregona.

- La fragmentación institucional crea barreras a la vinculación entre equipos de la misma organización que comparten puntos de vista y pueden entablar alianzas estratégicas de trabajo para transformar realidades y vencer obstáculos. A la vez, esta fragmentación atenta contra la organización de la distribución de preservativos entre los diversos servicios y en algunos casos hace inviable el desarrollo de una estrategia institucional. "¿No nos podrían enviar los preservativos por sepa-



rado, porque el servicio que los recibe no los quiere compartir con nosotros?”

- Observamos en algunas instituciones una tendencia a la burocratización que se evidenciaba en expresiones como: “A mí me va bárbaro, acá nadie se lleva un preservativo sin una historia social hecha” o “yo doy uno por persona así los vuelvo a ver seguido”.
- Pérdida de sentido de las prácticas: “Otra cosa más para repartir no traigan”; “Hace cuatro meses que se nos terminaron los preservativos. Yo no volví a pedir porque no es mi rol”.
- La automatización de las prácticas dio lugar en más de una oportunidad a una suerte de medicalización de la entrega. Por ejemplo, encontramos instituciones en las que, cuando un adolescente solicitaba preservativos, se lo enviaba al servicio de Ginecología Infanto-juvenil para tener una entrevista con un profesional. De igual forma, más de una vez escuchamos expresiones tales como “cuando vienen las mujeres a pedir, les decimos que tienen que venir con su pareja” para tener una entrevista completa.
- Los trabajadores del sistema tienen un grado relativamente bajo de autonomía que en muchos casos es consecuencia de condiciones reales objetivas o historias de prohibiciones para desarrollar determinadas acciones. Sin embargo, en muchos otros casos, nos atrevemos a decir que la mayoría, se trata de temores apresurados y sin fundamento: “Le tengo que preguntar al jefe si me autoriza” o “necesitaría que me manden un memorándum autorizándome a distribuir”. Es bastante frustrante para una persona que apuesta a la construcción de autonomía que al proponer una acción a un referente territorial le respondan sin más interrogantes: “Si ustedes quieren lo hacemos”.

Otro conjunto de obstáculos está vinculado con que la estrategia produjo que junto a los preservativos aparecie-

ran en la escena institucional el tema de la sexualidad así como los estereotipos y representaciones acerca de los usuarios. Siempre recordaremos la anécdota de un jefe de servicio cuando, tomando un preservativo cerrado por una de sus puntas y a distancia prudencial de su cara, nos dijo: "Folletos sí, pero esto [mirándolo con expresión de repulsión], no me parece".

- Hablar del preservativo, o simplemente ofrecerlo, implica la posibilidad de que el usuario comience a hacer preguntas, plantee dudas o temores, cuestión que la mayoría de los profesionales de la salud no están capacitados para encarar por el simple motivo de que en la universidad no nos formaron para eso. Esto suele seguir dos cursos: el primero es no escuchar o negar el tema. El segundo es aconsejar desde el sentido común, lo cual no está mal, pero disfrazado de conocimiento científico. Existe una tercera alternativa, creemos que la más adecuada: trabajar en equipo con personas de otras profesiones y experiencias que sí puedan abordar el tema. Contra este trabajo conjunto atenta la fragmentación ya referida, aunque no es imposible.
- La visión estereotipada de los usuarios se aprecia cuando los integrantes de un equipo nos explican por qué no tiene para ellos sentido distribuir preservativos a sus "pacientes": o porque son "demasiado viejos", "demasiado jóvenes", "ya están casadas", "ya están embarazadas", "ya están enfermos", etcétera.
- Otro estereotipo presente es el del "otro" como marginal, promiscuo y dependiente de las políticas asistencialistas del Estado: "¿Para qué?, si igual son tan promiscuos que no lo van a usar", "si dejás los preservativos en la sala de espera se los van a robar y los van a vender" o "esto no es un kiosquito".
- Nos encontramos con el miedo de que los niños tomen preservativos de los dispensarios: "¡En la sala de espera no! Hay chicos". Estos estereotipos evidencian

falta de información y formación, pero además se apoyan en la representación hegemónica de la infancia según la cual los niños son seres puros e inocentes y deben ser alejados y protegidos de la “contaminación” del mundo de los adultos.

- Otra serie de obstáculos que debimos trabajar se vincula con la forma de pensar a los usuarios identificados como integrantes de grupos estigmatizados. Efectivamente, cuando se abrió la oferta comenzaron a concurrir a retirar preservativos personas que habitualmente son marginadas y discriminadas en los servicios de salud: trabajadoras sexuales, travestis, usuarios de drogas, entre otros.

Estos temas fueron apareciendo en nuestras visitas y nos indicaban que si pretendíamos que las instituciones fueran un vehículo efectivo para la provisión y promoción del uso del preservativo, primero, o simultáneamente, debíamos instalar el preservativo en la vida cotidiana de estas instituciones. A decir verdad, más de una vez sentimos una mezcla de bronca, angustia e impotencia ante estas situaciones, pero aprendimos que así como una persona no transforma sus prácticas sexuales de un día para otro porque un profesional o un spot publicitario le recomienden utilizar preservativos, tampoco cambian de un día para otro prácticas y culturas institucionales de larga data.

Hay otros dos problemas, quizá los más importantes, que no mencionamos hasta ahora. El primero es el desafío de que los equipos se sintieran parte de un proyecto colectivo y vislumbraran que las acciones que estaban por emprender eran parte de una política de Estado. La segunda estaba vinculada con la motivación, no tanto de los equipos o personas que no habían trabajado jamás desde una perspectiva de promoción de la salud o prevención, sino, por el contrario, de las personas que durante muchos años habían intentado instalar prácticas innovadoras y al momento en que las conocimos tenían un nivel de cansan-

cio y descreimiento difícil de remontar. A veces pudimos hacerlo y a veces no.

También debemos decir que, contra lo que algunos de nosotros mismos creíamos, muchos de estos problemas y dificultades se resolvieron rápidamente. ¿Cómo? Conversando con los equipos. Hay un hacer rutinizado que se reproduce sin reflexión y más de una vez nos sorprendimos por la rapidez con que algunos obstáculos desaparecían. Pero para poder conversar con los equipos, conocer sus miedos y dificultades, debimos construir un marco de respeto mutuo y confianza. La distancia entre los niveles centrales y locales de gestión, el gobierno por abandono (ver Capítulos III y IV.3), las políticas inconsultas o las jefaturas locales autoritarias generan un imaginario –no del todo errado– sobre cómo es el nivel central del sistema de salud, del cual la Coordinación Sida es parte, que debimos remontar.

También fuimos entendiendo que no hay modos únicos de realizar las cosas. Para trabajar con otros es importante aceptar que esos otros pueden tener tiempos, prioridades, experiencias y maneras de hacer las cosas diferentes a las nuestras. Instalar la política de accesibilidad implicaba acompañar a esos equipos en la construcción de capacidades técnicas de gestión.

A pesar de lo que parezca a primera vista, siempre encontramos al menos una puerta abierta –en general varias– aunque no la misma en todas las instituciones. Un aliado significativo para construir dentro de las instituciones fue la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS). A diferencia de lo que ocurrió en otros espacios en los que el armado fue más inestable y en cierto grado menos pensado, los equipos de la RIEPS tomaron como propia la tarea de diseñar estratégicamente el armado institucional y lo sostuvieron a lo largo del tiempo.

Pero nuestro aprendizaje y el de los equipos no bastaban. El objetivo de la línea de acción era contribuir a resolver el problema del acceso a los preservativos y, si bien no estábamos midiendo el impacto de la estrategia, los in-

dicadores sobre resultados que teníamos a nuestra disposición nos decían que aún estábamos lejos de lograrlo. En este marco, la elección fue redoblar el esfuerzo dentro del sistema de salud y comenzar simultáneamente a pensar en otros espacios y actores por fuera del sistema.

Descubriendo nuevos actores

Históricamente algunos equipos de salud del primer nivel de atención trabajaban con organizaciones de base comunitaria, fundamentalmente comedores, instituciones con las que habían construido vínculos de confianza y en cuyos locales realizaban charlas y talleres con vecinos. Unos meses después de haberse incorporado a la distribución, varios de esos equipos nos propusieron la idea de entregar los preservativos a través de los comedores, cuestión que vimos como una oportunidad para dar un paso más firme en dirección al objetivo final del proyecto.

Aceptar la propuesta no sólo significó abrir el camino a la participación de nuevos actores sino avanzar hacia la co-gestión, ya que acordamos con estos equipos que ellos serían los responsables de decidir cuáles organizaciones se incorporarían a la red y cuáles no, así como de realizar el monitoreo y acompañamiento de los referentes de los nuevos puntos de distribución. Conociendo los escenarios locales y a los actores involucrados, podían pilotear el proceso en el espacio local mejor que nosotros.

El resultado positivo de esta experiencia nos incentivó a trasladarla a otras zonas de la ciudad y proponérsela a otros equipos, algunos de los cuales ya formaban parte de microrredes locales. Otros equipos que no tenían esta experiencia adoptaron rápidamente la idea y comenzaron un trabajo de diagnóstico de su zona y se abocaron a tejer esas redes.

También por la misma época, otras organizaciones sociales, como las recientemente creadas asambleas barriales⁶ y algunos movimientos políticos sociales, enterados de la existencia de la oferta, comenzaron a contactarnos, pues

⁶ Las asambleas barriales eran organizaciones horizontales y democráticas que conformaron los vecinos de las ciudad de Buenos Aires cuando se produjo la crisis de 2001.

les interesaba participar. Recordemos que los años 2001 y 2002 fueron muy fértiles en cuanto a la movilización y organización social, fogoneados por la crisis socioeconómica y política que aquejaba al país.

Nuestra idea en ese momento se sostenía en la hipótesis de que profundizando el trabajo dentro del sistema para hacerlo más accesible, garantizaríamos el acceso armando una red de organizaciones de distinta procedencia, más allá de los límites del sistema. El planteo no era negar el lugar de las instituciones sino valorizarlas por su compromiso, esfuerzo y seriedad, independientemente de si formaban parte del sistema de salud pública o de si eran organizaciones estatales o no.

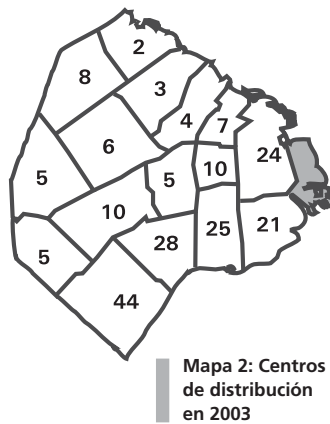
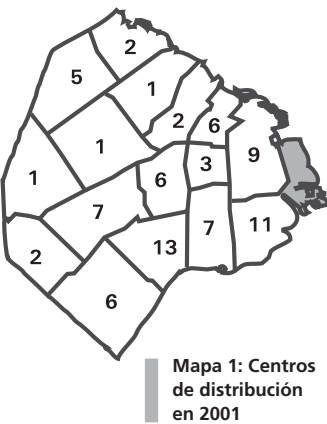
Al igual que con los centros de salud, a las ONG y organizaciones sectoriales también les propusimos que participaran de este tejido. En pocos casos tomaron la iniciativa y en general les fue difícil sostenerla en el tiempo. Una experiencia que sí tuvo resultados positivos ocurrió cuando le propusimos a una de las organizaciones de trabajadoras sexuales/mujeres en situación de prostitución que buscara en sus zonas de trabajo lugares confiables donde instalar dispensarios gratuitos de preservativos, ya que la mayoría de los que definimos nosotros estaban cerrados en los horarios en que sus compañeras trabajaban. Así, las operadoras de la organización convinieron con los encargados de dos comercios, quienes les permitieron distribuir en sus locales, e incluso uno se ofreció de modo desinteresado para ir a retirar los preservativos a nuestro depósito⁷.

Un año después de haber dado el puntapié inicial, cambiamos nuestra forma de pensar el problema del acceso y la respuesta. Trabajar con actores externos al sistema de salud ya no era el "Plan B" por los obstáculos presentes en el sistema, sino que se volvió un eje central. Comprendimos que, al menos en lo referente al acceso a los preservativos, el problema era cómo acercar el recurso a las personas sin por ello generar otra de las tantas ofertas del

⁷ En el Capítulo IV.9 describimos los resultados de intentos semejantes de articulación con organizaciones gay.

Estado que obligan a las personas a ingresar a los efectores del sistema de salud y superar un sinfín de obstáculos para poder acceder a un recurso. En otros términos, creemos que los recursos de prevención deben estar en los barrios, en los lugares donde las personas viven su cotidianidad. Para utilizar un término muy habitual en nuestro medio, los “efectores” de salud no son sólo las instituciones formales del sistema de salud.

Así, poco a poco creció el plafón de organizaciones participantes. Algunas se contactaron directamente con nosotros, otras lo hicieron a través de distintas dependencias públicas, como los Centros de Gestión y Participación (CGP)⁸ o los centros de salud con los que trabajaban. Lo llamativo era la diversidad de tipo de organizaciones que se fueron sumando: comedores, merenderos, bibliotecas, asambleas barriales, clubes de barrio, centros de jubilados, polideportivos, centros culturales, murgas, cines porno, iglesias evangélicas, locales partidarios, grupos teatrales, organizaciones de travestis, etcétera. Cada una tenía su especificidad en cuanto al tipo de población con la que trabajaba y con cada una iniciamos un rico intercambio de ideas y propuestas de acción, algunas comunes y otras muy novedosas. Aprendimos de estas instituciones y las propuestas innovadoras las compartimos con otras organizaciones.



⁸ Los Centros de Gestión y Participación (CGP) eran las 16 unidades de descentralización administrativa en las que estaba dividida la ciudad de Buenos Aires antes de la creación de las Comunas. Salvo excepciones, los límites de las 15 comunas actuales eran muy parecidos a las de los CGP.

Estas organizaciones tenían dos puntos en común. En primer lugar, poseían una gran penetración en espacios sociales a los que no llegaban ni las instituciones estatales ni las ONG. No eran instituciones externas que trabajaban ocasionalmente con la comunidad, sino organizaciones de las propias comunidades. En segundo lugar, tenían un compromiso con el tema más allá de los prejuicios que algunos guardábamos sobre muchas de ellas. Por ejemplo, varias adherían a agrupaciones partidarias de muy diversa posición, y ninguna utilizó los recursos con fines meramente electoralistas.

Esta cuestión marcó una diferencia significativa con otras estrategias de acceso a recursos definidas desde el Estado. Pero a la vez, también planteó una diferencia con prácticas que estas mismas organizaciones tenían para acceder a otros recursos y otros modos de vincularse con agencias estatales. Permítasenos especular con la hipótesis de que en esta diferencia influyó no sólo nuestra forma de construir la relación sino la propia temática. Muchos de los dirigentes de estas organizaciones estaban personalmente comprometidos y afectados por tener amigos o parientes infectados o fallecidos.

Igual adhesión encontró la iniciativa en muchos grupos con posiciones ideológicas muy distantes a la nuestra, pero que pese a ello estuvieron dispuestos a distribuir preservativos. Ellos lo distribuían a "grupos de riesgo", nosotros "a poblaciones vulnerables", ellos los entregaban como medio para que algunas personas no se infectaran a través de sus conductas "promiscuas" ni que "propagaran" el virus, nosotros para garantizar un derecho y brindarles a esas personas un recurso que les permitiera cuidarse de la infección más allá de sus preferencias y prácticas sexuales. En definitiva, empezar a caminar juntos ya nos daría el tiempo para conversar con estas organizaciones de tinte conservador sobre los prismas desde los cuales miraban el problema.

No podemos dejar de mencionar que la creciente demanda y afluencia de organizaciones que solicitaban ser incorporadas como nodos de distribución señalaba en alguna

medida el grado de instalación de la Coordinación Sida como actor e interlocutor legítimo, reconocido y respetado dentro y fuera de la ciudad de Buenos Aires. Esta afirmación también muestra que en el mismo proceso en que nosotros conocíamos la diversidad de “otros”, estas organizaciones se dieron el espacio para descubrir la diversidad de “otros” dentro del Estado.

A partir de entonces nuestra idea fue desarrollar una red territorial que cubriera toda la ciudad y en la que algunos equipos –en general de centros de salud y de CGP– participaran activamente en la construcción y no fueran sólo mediadores entre el nivel central proveedor de recursos –la Coordinación Sida– y las organizaciones comunitarias que los distribuían.

Conforme aumentaban las instituciones –las que llegaban a nosotros y las que nosotros buscábamos– fuimos más selectivos. No aceptábamos cualquier pedido sino que definimos una serie de indicadores que respondían a las siguientes preguntas:

- ¿A qué instituciones podrían recurrir los vecinos de un barrio X para retirar preservativos?
- ¿Es una institución abierta o cerrada al público general?
- ¿Que nivel de demanda tiene esa institución?
- ¿En qué horarios funciona?
- ¿Existen en ella personas sensibilizadas con la problemática?
- ¿Tienen capacidad para implementar algún dispositivo?
- ¿Cómo son recibidos los usuarios?
- ¿Las acciones serán sustentables en el tiempo?

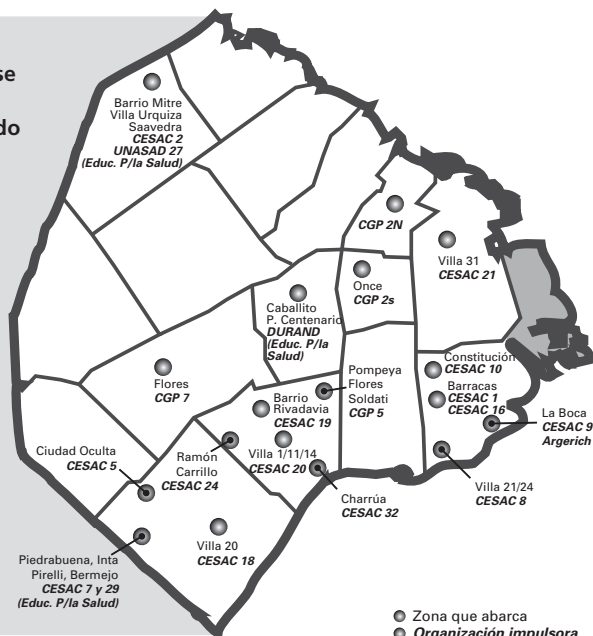
En una primera fase se invitaba a cada organización a sumar a la oferta de servicios que brindaba habitualmente –ayuda alimentaria y social, actividades culturales y recreativas, etcétera– la distribución gratuita de preservativos, y se la acompañaba en un proceso de construcción de una estrategia de acceso acorde a su especificidad y a la de la po-

blación con la que trabajaba. A la vez, aquellas que se acercaban a nosotros directamente eran conectadas con nuestros referentes regionales de modo de sumarlos, si era posible, a las redes que de manera incipiente se estaban formando en las distintas zonas.

Tal como lo hicimos en los hospitales, aquí también planteamos que no era necesario “inventar” nuevos dispositivos, pues sabíamos que las organizaciones tenían otras prioridades y en muchos casos trabajaban a agenda completa, sino buscar la forma de integrar la distribución del recurso a acciones que ya estuvieran en marcha.

Con el fin de ampliar la red y la oferta, también realizamos articulaciones –con resultados variados– con programas de la Secretaría de Deportes, del Consejo de Niñas, Niños y Adolescentes, de la Dirección de la Mujer, Dirección de Juventud, Coordinación de Redes de Salud, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Descentralización, Secretaría de Educación, Secretaría de Cultura, entre otros.

Mapa 3:
Redes que se
estaban
conformando
en 2004



Otros actores que conocimos en este momento fueron algunos promotores de salud que, o bien habían participado de experiencias ya finalizadas, o era su primera experiencia como agentes de salud y les interesaba sumarse al proyecto. Aquí podemos mencionar a algunas chicas travestis que llevaban preservativos y folletos preventivos para compartir con sus compañeras (ver Capítulo IV.9).

Al cabo de la segunda fase, pudimos diagnosticar que, en cuanto a las instituciones de salud, se habían superado los principales obstáculos, vencido la resistencia de algunos actores y cotidianizado la presencia del preservativo. Con ello se generó viabilidad para garantizar la continuidad a largo plazo. También observamos la naturalización entre los usuarios de los servicios de salud del derecho a acceder a estos recursos preventivos y que cuando faltaban, comenzaban a reclamarlos sin vergüenza.

De la Red de Distribución a la Red de Prevención

Para el año 2003, el sistema de distribución por el que muchos centros aislados se relacionaban individualmente con la Coordinación Sida se iba convirtiendo en una red multicéntrica en la que varias organizaciones se conectaban con otras desarrollando microrredes locales que implementaban la política de accesibilidad en los barrios.

Este crecimiento cuantitativo fue acompañado por varios cambios tanto en nuestras preocupaciones como en la dinámica de trabajo con las organizaciones. Pasamos de una fase de sensibilización e instalación del preservativo a una etapa en que nos preguntábamos cómo hacer para ampliar la cobertura, lograr mayor institucionalización y construir herramientas más precisas para medir los resultados y el impacto.

Si bien para comienzos de esa fase de transformación de la red de distribución en una red de prevención ya sumaban casi 300 los nodos, seguíamos pensando a estos otros actores como colaboradores y mediadores entre el Estado y la población. Comenzamos a preguntarnos si

sería posible construir otro rol –tal como ocurría con los equipos de algunos centros de salud y organizaciones del Estado– que los incluyese desde una posición más activa dentro de la construcción de estrategias locales, e incluso si sería viable dar un paso más allá de la distribución de preservativos.

Lo cierto es que algunas organizaciones, ya desde su incorporación el año anterior, habían dado ese paso por su cuenta, o al menos habían manifestado el interés por desarrollar otras acciones además de distribuir preservativos. Algunas nos preguntaban qué hacer, otras proponían ideas y otras tantas nos venían a contar alguna iniciativa cuando ya estaba en marcha o finalizada: talleres, charlas, puestos de distribución móviles, programas radiales, obras de teatro, etcétera.

Con el tiempo comenzamos a conocer mejor a cada uno de esos actores, con sus fortalezas y sus debilidades, cuestión importante, ya que en un comienzo nos dejamos llevar por las potencialidades que se abrían y no veíamos las limitaciones. Entendimos que así como las instituciones del Estado tienen dificultades para el acceso, entre otros problemas, las OSC y ONG también las tenían. Sus responsables también tenían prejuicios, miedos y algunas prácticas discutibles. Por ejemplo, aquellas que trabajaban con algún tipo de población, no lo hacían con otros.

Desde nuestro rol, la dinámica que estaba adquiriendo la red hacía insostenible seguir realizando el acompañamiento tal como lo habíamos hecho durante los primeros años. Una cosa es trabajar con 60 organizaciones y otra es monitorear y acompañar a 300, más allá de que se habían sumado equipos locales a cogestionar este proceso. Por otro lado, dar el paso de la distribución a la implementación de otras acciones requería otro tipo de acompañamiento, al menos en los primeros pasos. Fue así que a finales de 2004 se reorganizó el equipo técnico de prevención de la Coordinación Sida según equipos de referencia territorial (ver Capítulo III).

Con relación a la accesibilidad al preservativo, problema que dio lugar a esta línea de acción, el trabajo con organizaciones comunitarias amplió la cobertura, aunque aún no alcanzábamos un nivel óptimo. Quizás el número de participantes puede dar lugar a confusiones pues muchas de esas instituciones tenían grupos de usuarios muy acotados. Esto es, a diferencia de un hospital o un Centro de Gestión y Participación, abiertos a todos los vecinos y con alta circulación de personas –más allá de las dificultades al acceso–, un comedor comunitario, una biblioteca barrial o un centro de jubilados tienen una circulación de personas mucho menor. De allí que se nos presentaba una disyuntiva: ¿había que seguir incorporando instituciones como mecanismo para ampliar la cobertura? Aclaremos que facilitar el acceso no significa instalar un dispensario en cada esquina de la ciudad de Buenos Aires.

En esta fase ideamos varios mecanismos de monitoreo alternativo. Uno de ellos fue el estudio “Diagnóstico de la Red de Prevención de la Coordinación Sida”. En este proyecto, un grupo de jóvenes estudiantes de la carrera de Trabajo Social visitó 75 nodos de la red con el objetivo principal de conocer las condiciones de acceso de la población al preservativo y a los folletos en esos lugares. Otros dos estudios fueron realizados por la consultora CEOP (Centro de Estudios de Opinión Pública) a fines de 2004. El estudio “Aspectos relacionados con la Red de Prevención de VIH-sida en el marco de un encuentro de trabajo” aplicó un cuestionario estructurado auto administrado a 56 participantes de la red con el objetivo de indagar diversos aspectos relativos al funcionamiento de la misma desde la mirada de los actores que en ella trabajan. También se indagó sobre el tipo de población que accede a la red y la percepción que tienen los proveedores sobre los cambios ocurridos desde que empezaron a entregar preservativos con respecto al tipo de población que accede, así como la actitud de la misma ante la oferta. El segundo estudio desarrollado por el CEOP in-

tentó caracterizar el perfil de los usuarios de preservativos de los centros de distribución y consistió en el abordaje personal a 167 usuarios de la red en diferentes lugares, a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas.

Algunos resultados de estos estudios fueron que el 80% de las personas que retiraban preservativos de la red tenían un nivel socioeconómico bajo. Estas personas se habían enterado de la existencia del recurso a través de amigos y conocidos, por folletos y por carteles orientativos dentro de la institución.

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

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

Del mismo modo, el 70% de los consultados detectó cambios en la actitud de las personas que se acercaban a la institución: un 39% mencionó una mayor naturalización del libre acceso al recurso, un 36% identificó menores inhibiciones, un 23% visualizó que la población solicitaba el preservativo cuando este no estaba visible, y

un 18% detectó que la población había comenzado a solicitar información adicional.

Consideraciones finales

A lo largo de seis años, se han contactado con la Coordinación Sida más de 600 actores sociales para solicitar materiales de prevención. Algunos participaron regularmente de la estrategia y otros lo hicieron fugazmente. El proyecto tuvo la suficiente flexibilidad para ir adaptándose en función de los obstáculos que detectábamos y de la transformación de la propia realidad. Así, por un lado, de una red de distribución de recursos se fue avanzando hacia una red de organizaciones que realizan acciones de prevención, en la cual la distribución de preservativos es un componente articulado con otros. Por el otro, las acciones se fueron horizontalizando a medida que las instituciones fortalecían su capacidad de construir estrategias propias y comenzaban a articularse entre sí formando redes locales.

• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •

Tabla 2: Materiales distribuidos por la Red de Prevención (período 2001-2007)

Año	Preservativos	Folletos	Afiches
2001 (*)	891.243	218.521	5.267
2002	2.099.500	324.779	5.163
2003	2.958.248	299.960	3.057
2004	2.501.586	406.977	2.083
2005	3.925.782	562.048	6.171
2006	6.207.968	537.522	4.827
2007 (**)	2.254.148	221.609	5.501
Total	20.838.475	2.571.416	32.069

(*) Segundo semestre de 2001

(**) Hasta el 31 de mayo de 2007

La gestión es un proceso complejo en el que los distintos actores que intervienen en el campo a transformar van reconociéndose, alineando objetivos y definiendo agendas en común. Las transformaciones a las que se aspira no son rápidas ni sencillas y en estos procesos siempre se cometen errores y equívocos. Como hemos visto, algo aparentemente tan sencillo como distribuir preservativos desnuda problemas estructurales de las instituciones y de las personas que en ellas trabajamos. Para que este ir y venir tenga a mediano y largo plazo un balance positivo, es fundamental el aprendizaje que surge tanto de las instancias de evaluación formales como de la continua reflexión sobre el hacer cotidiano.

El aprendizaje nunca está acabado ya que a medida que vamos avanzando, el campo a conocer también se va transformando: cambian los problemas, los actores, nosotros mismos. Estamos convencidos de que este aprendizaje es mucho más productivo si se realiza con otros. En nuestra experiencia, la confianza que fuimos estableciendo con todos aquellos con los que construimos la Red de Prevención posibilitó no sólo reflexionar y compartir sus preocupaciones, sino que en el diálogo cotidiano compartíamos con los equipos nuestras propias preocupaciones.

¿Qué aprendimos de distribuir preservativos? En primer lugar aprendimos a romper con las dualidades tajantes y excluyentes, o al menos a ponerlas en constante tensión: dentro/fuera, nosotros/otros, instituciones públicas/sociedad civil. Cuestionar esos límites no es desconocer las diferencias de poder, de capacidad de movilizar, de recursos y sobre todo de responsabilidades. Lo que sí reafirmamos en este proceso es que esos límites impiden ver muchas oportunidades de trabajo con los distintos actores involucrados –los veamos o no– en la producción de la salud/enfermedad.

Resulta interesante señalar la heterogeneidad del llamado “tercer sector”, cuestión que nos llevó a diferenciar

entre ONG y organizaciones especializadas en VIH-sida por un lado, y organizaciones de base comunitarias por el otro. En el escenario del VIH-sida se ha hecho costumbre hablar del rol protagónico de las ONG y las redes de personas que viven con VIH como si fueran las únicas que integran ese sector. El resto de las organizaciones –muchas veces más próximas a la realidad cotidiana de las personas afectadas– no son vistas como potenciales actores en los procesos de prevención/atención.

Cada organización tiene sus propias características, fortalezas y debilidades, prácticas y estructuras que pueden contribuir al logro de las metas y otras que pueden entorpecerlo. Aprendimos de nuestros propios límites y de los de los otros. Estos límites no siempre son fruto de sus flaquezas sino de que los objetivos de la mayoría de las otras organizaciones son mucho más amplios que el trabajo en prevención del VIH-sida. Este también es nuestro límite: nuestro núcleo es el VIH-sida, pero sabemos que el campo que produce el VIH-sida es mayor a la cerradura desde la que miramos. Tenemos confianza en la potencia de la articulación entre nuestra especificidad y la red de organizaciones que va más allá de esta especificidad.

Hay una tensión y un aprendizaje entre, por un lado, querer siempre dar un paso más, y, por el otro, ser conscientes de los límites. Decimos que esta tensión es productiva ya que a veces la inconsciencia nos permitió avanzar y no quedarnos paralizados. Otras veces se nos fue de las manos e intentamos correr los límites cuando aún no teníamos la suficiente fuerza o los otros no estaban lo suficientemente desarrollados. Sin embargo, estamos convencidos de que estos límites son más fáciles de mover junto a otros que solos.

En el continuo conocer a “otros” puede haber quedado la falsa impresión de que todo fue positivo y productivo, o que no se nos hayan aproximado organizaciones sectoriales que pretendieron utilizar los recursos del Estado en función de sus proyectos de posicionamiento particulares⁹. Sin

⁹ Esto también ocurre dentro de las instituciones de salud, como se discutió en el Capítulo III.

embargo, otro de los aprendizajes que hicimos fue el de reconocerlas cada vez más temprano y así poder lidiar con ellas.

La estrategia se basó en el desarrollo de una red abierta en la cual fueron entrando y saliendo equipos y organizaciones. Como señalamos en la introducción, la historia de la red es una continua reconfiguración del "nosotros".

En seis años nosotros, en un sentido amplio, hemos instalado la política de accesibilidad al preservativo en la ciudad de Buenos Aires. Hoy las personas que quieren cuidarse y no tienen medios para comprar preservativos ya no necesitan esperar la distribución un día especial del año. Tampoco son mirados con extrañeza, con cara de picardía o burlonamente cuando entran en una institución del sistema de salud a pedir preservativos. En la ciudad de Buenos Aires existe una extensa red de lugares accesibles, próximos a donde los vecinos viven, trabajan, estudian y se divierten, en los que pueden retirar preservativos gratuitamente.



EL TRABAJO CON LOS EQUIPOS: UNA CONSTRUCCIÓN PERMANENTE

Mabel Caballero



Como ya se explicitó en otros capítulos de este libro, en la primera etapa, la Coordinación Sida centró su gestión en generar nuevos modos de hacer y de organizarse, sosteniendo aquello que seguía siendo eficaz, transformando lo que no servía y creando lo que faltaba.

En un segundo momento, esto se complementó con el desarrollo de estrategias que apuntaban a institucionalizar lo nuevo, ese “algo que creemos que es un poco mejor” (Onocko Campos, 2002: 17). El desafío entonces fue sostener lo nuevo en el tiempo, para que lo instituyente se transformara en instituido y que esto no implicara anquilosamiento. Lo nuevo genera entusiasmo, supone un despliegue de creatividad, pero también trae incertidumbre y, en algunas ocasiones, angustia o rechazo. Hacer que los aires de vitalidad iniciales no sucumban ante los primeros problemas o en la rutina de lo repetitivo conlleva mucho trabajo y esfuerzo del que poco se habla o se ha escrito. Una vez que lo nuevo logra ciertas formas de institucionalización, los riesgos pueden ser: que frente a los primeros conflictos desaparezca; o que sin desaparecer desde el aspecto formal, sea absorbido por las anteriores prácticas y pierda su espíritu; o que logre un cierto desarrollo propio y se convierta en otra estructura cristalizada resistente a los cambios. Para mantener el proceso de construcción, donde se institucionalice lo que es eficaz pero se mantenga abierta la posibilidad de modificar lo que no funciona para recrear y seguir creciendo, es indispensable el acompañamiento de los equipos así como la utilización de herramientas acordes con esta etapa.



Onocko Campos (2002: 9) plantea que para que las nuevas formas de organización de la gestión y del trabajo “no pierdan el compromiso con su tarea primaria y el contexto, será necesario, además de crear y sustentar esos espacios, realizar ofrecimientos. Utilizar esas ofertas como soporte (...) Estos espacios se caracterizan por precisar de un lugar y un tiempo, soporte y manejo. Las ofertas podrán desempeñar un papel que puede ser o bien de soporte o bien de manejo. Y claro, se precisará de alguien que se responsabilice por el ejercicio de esas funciones”.

Estas funciones son las que intentamos llevar adelante los equipos de referencia territorial (ver Capítulo III), en el seguimiento y trabajo con los equipos que conforman la red de prevención (descrita en el Capítulo IV.2).

El objetivo primordial de la red de prevención es mejorar la accesibilidad de la población a los recursos de prevención del VIH, a partir de que estén disponibles en los distintos espacios por donde circulan las personas. Pero en el camino para alcanzar ese objetivo, en el proceso de construcción de esa red, hay personas, amores y desamores, relaciones de poder, trabas burocráticas, necesidades logísticas, intereses contrapuestos, funciones, dependencias, prioridades, especificidades. A la complejidad que cualquier institución tiene en sí misma, se suma el hecho de que la red de prevención está conformada por una diversidad de actores de centros de salud, comedores comunitarios, cines porno, hospitales, centros culturales, distintas dependencias del Gobierno de la ciudad, como el Programa Barrios en Juego, operadores que trabajan con chicos en situación de calle, supermercados, escuelas, centros de jubilados, grupos de chicas travestis, gremios, ONG gay, CGP. Podríamos seguir listando actores cuyos objetivos centrales, modos de funcionamiento y población con la que trabajan son muy diversos (ver Capítulo IV.2).

Además, no todos tienen el mismo interés e involucramiento con la temática del VIH. Por ejemplo, existen centros de salud en los que funcionan Centros de Prevención, Ase-

soramiento y Diagnóstico (CePAD) y coordinan redes locales de prevención, mientras que en otros se hace dificultoso que coloquen los preservativos al alcance de las personas. Algunas organizaciones comunitarias tomaron el tema de la prevención del VIH como una tarea central de sus actividades y participaron en la construcción de redes locales, mientras que otras se limitaron a tener los preservativos en un lugar accesible. Con esto no estamos haciendo una escala de valores y separando los “buenos” de los “malos” ya que es absolutamente entendible, excepto en el caso de las instituciones de salud que tienen una responsabilidad sanitaria, que cada organización elija el lugar que le da a la temática. Aquello que para nosotros es el núcleo de nuestra actividad, para otros es algo más dentro de su campo de acción. Entender y respetar estas diferencias es lo que permite construir un trabajo conjunto en el que la diversidad alimente al crecimiento.

Funciones de soporte

Existen dos cuestiones importantes para tener en cuenta cuando se intenta cumplir con la función de soporte de los equipos. La primera es que cuanto más se conozca sobre la lógica de funcionamiento de cada institución y sobre las características de la población a la que asiste, más acertadas serán nuestras intervenciones. Con esto no queremos decir que es indispensable un conocimiento previo de cada institución, sino que este se construye mirando, escuchando y preguntando, aprendiendo del encuentro con las instituciones.

La segunda es que, si bien es necesario contar con propuestas y objetivos para compartir con los equipos, estos deben tener la suficiente flexibilidad como para no convertirse en “ideales o el deber ser” que dificulten la relación con los equipos y obstaculicen la comprensión de la realidad.

Por ejemplo, es deseable la propuesta de articulación de las organizaciones comunitarias con los servicios de salud locales. Ahora bien, en el caso de las instituciones de salud

renuentes al trabajo no clínico o con escaso interés en la prevención del VIH, el hecho de haber insistido en esa articulación retrasó el desarrollo de actividades de prevención.

Otra cuestión a contemplar es la existencia de conflictos previos entre las instituciones, que no pueden ser resueltos a partir del puro voluntarismo. Por eso, “quien trabaja en gestión precisa estar calificado para comprender, soportar e interactuar con los dramas intersubjetivos presentes en la escena grupal” (Onocko Campos, 2002: 8). Para que prosperen las propuestas (arreglos y dispositivos) que propongamos, es necesario tomar en cuenta esas mediaciones intersubjetivas, así como las relaciones de poder, la finalidad y el desarrollo de cada institución.

Las funciones que realizamos los equipos territoriales pueden dividirse, sólo a los fines expositivos, en aquellas en las que predomina la función de soporte de los equipos como tales y en las ofertas más relacionadas con las técnicas orientadas a mejorar el desarrollo de las acciones (manejo).

Las funciones que hacen al soporte de los equipos como tales apuntan a proteger la grupalidad incipiente para que se constituya un verdadero equipo. Dentro de los grupos que deciden trabajar en la prevención del VIH se encuentran aquellos que ya estaban consolidados a partir del trabajo en otras temáticas. Generalmente, esta existencia previa facilita la tarea pero, algunas veces, la idealización que el grupo tiene de sí mismo puede obstaculizar las diferentes miradas existentes dentro del equipo sobre la nueva problemática a abordar. Esto puede ocurrir por cierta indiscriminación que lleva a suponer que si se acordó en otras actividades, se puede acordar en todas, o bien porque la amenaza de destrucción del grupo inhiba plantear las diferencias. En estos casos nuestra función es, a partir del respeto de sus propias lógicas de funcionamiento, lograr que se desplieguen estas distintas miradas para reconstruir lo grupal en función de la nueva tarea.

Otros equipos se constituyen a partir del interés parti-

cular por trabajar en la prevención del VIH. En estos casos el equipo de la Coordinación Sida debe acompañar el proceso de formación del grupo.

Antes de que una nueva institución comience a formar parte de la red de prevención, se realiza un proceso de capacitación que incluye el trabajo con las representaciones, miedos y prejuicios sobre el VIH existentes en el grupo, una actualización sobre el VIH-sida en sus variadas dimensiones, estrategias y herramientas de prevención existentes, y se discute sobre la forma en que se implementarán a nivel local. En el último encuentro se establecen vías de comunicación ágiles entre los equipos locales y el de la Coordinación Sida. Una vez concluido el proceso de inclusión, el número de encuentros posteriores con estos equipos varía según sus necesidades y características, aunque nunca es menor a una visita anual.

Todo equipo, para constituirse como tal, necesita de un tiempo y un espacio para poder planificar, discutir, evaluar. Construir y sostener estos espacios no es de fácil resolución, en especial para los grupos pertenecientes al sector público. De allí que creemos que parte de nuestras funciones es promover y facilitar la existencia de estos espacios. A veces, convocar a los equipos locales por fuera del ámbito de trabajo y de las demandas del quehacer cotidiano facilita el encuentro para la reflexión en un ámbito más tranquilo y refuerza, en acto, la importancia de su existencia.

Por ejemplo, dentro de un centro de salud funcionaban de manera separada un CePAD y un equipo que coordinaba la red local de distribución de preservativos y otras actividades de prevención. Pese a que los distintos actores tenían una mirada común sobre el VIH y sobre las formas de trabajar, y una buena relación personal, no lograban articular un espacio de reunión sistemático entre ellos. La convocatoria a todos para algunos encuentros en la oficina de la Coordinación Sida sirvió como punto de partida para que se conformaran como un equipo integrado.

Dentro de una misma institución pueden existir perso-

nas que se contacten con la Coordinación Sida de manera independiente. En esos casos, tratamos de indagar sobre los motivos. Si existen situaciones conflictivas entre ellas, respetamos la distancia y no forzamos un encuentro, aunque intentamos que esa diferencia no se torne un obstáculo para el desarrollo de una estrategia institucional. De no existir un conflicto personal, tratamos de que se articulen, o que por lo menos conozcan qué hacen entre sí.

Otra de las funciones del equipo de referencia es promover la reflexión acerca de la complejidad de las situaciones sobre las que se va a intervenir, sin que este análisis de la realidad paralice la acción. Con esto queremos decir que, para empezar a realizar acciones de prevención, es importante analizar cuáles son los actores, cuáles pueden facilitar y cuáles obstaculizar la tarea, ver las características de la población con la que se quiere trabajar, su heterogeneidad, los distintos sectores que la componen, para así poder pensar estrategias específicas. El despliegue de la complejidad debe ser un medio para la acción y no un fin en sí mismo que, por su carácter macrosociológico y abstracto, impida avanzar en la tarea y en el sentido de ser de las organizaciones y de los equipos.

Otros aspectos que pueden obstaculizar el desarrollo y a los que el equipo de referentes está atento en su función de soporte son: insistir en trabajar conjuntamente con aquellos que no están interesados en la temática del VIH; perseverar en propuestas de funcionamiento que no son acordes a las posibilidades del equipo; proponer, en primera instancia, la implementación de acciones preventivas con las poblaciones de más difícil acceso sin antes haber desarrollado estrategias con las que sí se tienen vínculos establecidos; trabajar en base a "ideales" en los que el "todo o nada" hace que se termine en "nada".

Por ejemplo, es importante que las personas, además de retirar preservativos, reciban información y establezcan un vínculo de confianza con el equipo. Ahora bien, si para retirar preservativos hay que participar de un taller o referirse

a un miembro del equipo, no se está respetando la elección de las personas de recibir o no información, a la vez que se incrementa innecesariamente el trabajo del equipo.

Se hace necesario ayudar a los equipos a poder diferenciar entre “un hacer que hace y un hacer que actúa”. A veces se encuentran desbordados por una serie de actividades que se implementan sin haber analizado su posible eficacia y sin haber jerarquizado las prioridades. Es importante generar la pausa que por un momento inhiba el acto e invite a la reflexión sobre el para qué hacemos lo que hacemos y si como lo hacemos es la mejor manera de hacerlo.

En los primeros encuentros, las instituciones suelen proponer una multiplicidad de acciones para ser desarrolladas al mismo tiempo. Sin desechar las propuestas, sugerimos empezar por pensar cómo colocar los materiales de prevención en un lugar accesible para la población, observar qué ocurre y ver cómo mejorarlo. Mientras tanto, se irán programando las otras acciones, pero siempre a partir del análisis de las posibilidades, de las ganas y de los tiempos reales de los equipos.

Esto nos lleva a pensar la idea de proceso, así como a trabajar el par omnipotencia-impotencia y sus límites. Es importante incorporar el concepto de proceso, ir de lo más simple a lo más complejo, saber que el camino no es lineal, que es una permanente construcción en la que puede haber retrocesos. Partir de las propuestas más accesibles, evaluarlas, si es necesario transformarlas, consolidarlas, avanzar con otras dando lugar tanto a la experiencia acumulada como a la creatividad, son instancias indispensables para crecer en el desarrollo de las acciones y dentro de los propios equipos, incluyendo en este proceso la discusión de los límites y la omnipotencia.

Los equipos que proponen desarrollar varias acciones al mismo tiempo, ante la sola confrontación con las horas reales con que cuentan, visualizan la imposibilidad para realizarlas.

También es frecuente la inquietud por acercarse a



aquellos grupos más vulnerables que no acceden a la institución. Nuestra propuesta es discutir la metodología de abordaje así como las representaciones que los miembros del equipo tienen de esa población. Por ejemplo, en el caso de los usuarios de drogas: si conocen algún referente o algo sobre los códigos de ese grupo, si pensaron cómo, si les da miedo acercarse, si conocen estrategias utilizadas por otros equipos. Hacer un análisis situacional, teniendo en cuenta las posibilidades pero también los límites, los intereses y subjetividades dentro del grupo, para decidir en base a eso qué es lo que se va a hacer y qué no, evita el fracaso de las actividades y la sensación de impotencia de los equipos.

Revalorizar los logros y redimensionar los fracasos dentro de un contexto también es parte de las funciones de los equipos de referencia territoriales. Por ejemplo, un centro de salud tenía sensación de fracaso porque cada vez que intentaba realizar talleres en instituciones comunitarias la concurrencia era casi nula. Poder conversar sobre la pertinencia o no de esta estrategia y la escasa convocatoria de este tipo de actividad dentro de determinados sectores permitió dejar de insistir con los talleres e incentivar aquellas propuestas que venían desarrollando y que eran eficaces.

Otras estrategias útiles para revalorizar el trabajo de los equipos locales, a la par que para hacer transferencia de experiencias, es incluirlos en la capacitación de otros equipos y/o difundir sus experiencias a partir del Boletín Digital o de la revista *Infosida* (ver Capítulo IV.4). Pero también ocupar, desde la escucha y desde la acción, el lugar de tercero para mediar en el vínculo con otras instituciones o con referentes es parte de las funciones del equipo de la Coordinación Sida.

Funciones vinculadas a los ofrecimientos técnicos (manejo)

Los equipos de referencia cuentan con un abanico de propuestas para trabajar con las instituciones locales, pero

el qué y el cuándo se ofrecen según las características de cada institución, el momento de su desarrollo y las inquietudes de sus integrantes. La mayor o menor habilidad de los equipos de referencia para saber elegir qué se ofrece en el momento oportuno, así como para poder escuchar propuestas diferentes surgidas desde los equipos locales, hace a la calidad del acompañamiento de los equipos y al mejor desarrollo de las acciones.

Por ejemplo, nuestra propuesta inicial fue que todas las instituciones integrantes de la red funcionaran como centros de distribución de materiales con información sobre recursos y medidas de prevención del VIH abiertos a la comunidad. Sin embargo, el hecho de que la ciudad de Buenos Aires presente marcadas diferencias socioeconómicas entre las zonas norte y sur hizo que la red tomara características específicas según esta distribución territorial. Así, la zona sur cuenta con el mayor número de bocas de entrega organizadas en redes locales, muchas de las cuales son organizaciones comunitarias que trabajan sólo con la población que allí concurre habitualmente, ya que no es común que las personas circulen por varias al mismo tiempo. Esto llevó a que dentro de un mismo barrio coexistan veinte instituciones que conforman la red, así como a que diferenciamos dentro de la red las que son difundidas para el uso del conjunto de la población de aquellas que funcionan de manera cerrada. A su vez, la zona norte, que incluye el centro comercial de la ciudad, concentra la mayor cantidad de puntos de distribución ligados a la temática de diversidad sexual (cines, discotecas, bares, entre otros) y tiene un menor desarrollo de redes y de organizaciones de base comunitaria.

Una red de instituciones comunitarias organizadas a partir de un Centro de Gestión y Participación (CGP) nos servirá como ejemplo para ilustrar cómo van variando las funciones de los equipos de referentes territoriales según avanza el proceso de desarrollo local. El proceso de construcción llevó algunos años y las ofertas fueron variando



de acuerdo a las necesidades, hasta que nuestra función devino en acompañar las propuestas de esa red local. En un primer momento, cada institución repartía los materiales de prevención dentro de su propia organización y todas ellas se reunían como red una vez por mes en la sede del CGP. Se realizaron distintas capacitaciones y encuentros, algunos por propuesta de la Coordinación Sida, otros por demanda de la red. En un punto, el equipo de referencia les planteó que ya tenían la suficiente formación y experiencia para salir del lugar de “aprendices” y realizar sus propios talleres con otros grupos. Esto generó una serie de movimientos tales como organizar actividades con personas conocidas para practicar y el armado de una representación teatral que sirviera de disparador de actividades sobre el VIH-sida. Los conocimientos de dos miembros de la Coordinación Sida sobre temas ligados al teatro permitieron acompañar a la red de instituciones en esta actividad. De no haber existido este recurso, se habría articulado con el área de cultura.

Otro ejemplo interesante es el de un grupo de jóvenes, coordinado por un programa del GCBA, que desarrollaba actividades de prevención del VIH y quería realizar una encuesta sobre sexualidad con los jóvenes de su barrio. En consecuencia, desde la Coordinación se les brindó el soporte técnico.

Dentro del abanico de propuestas también está la formación de redes locales como modo de potenciar los recursos territoriales y generar autonomía. Para esto promovemos que los equipos convoquen y capaciten a instituciones de su territorio y colaboramos en la articulación con otras que se vinculan directamente con la Coordinación Sida. Por ejemplo, la Coordinación recibe pedidos de capacitación de escuelas o de centros culturales. Si están dentro de una zona en la que funcionan otros equipos, en lugar de tomar la demanda, se las vincula con la institución local o se realiza la actividad de manera conjunta.

En el caso de aquellos equipos locales que a su vez co-

ordinan redes, se requiere de un acompañamiento especial en esta tarea, para el cual hay que partir de la experiencia de estos en dicha función y desde ahí definir los aportes que se puedan hacer. Es tan importante no dar por supuesto que están capacitados para la actividad como reconocer su experiencia y habilidades previas. La consigna sería: siempre existe algún recurso para ofrecer, siempre hay algún otro para recibir.

Otra de las funciones de los equipos de referencia es garantizar que los preservativos y el material gráfico estén disponibles en las instituciones cuando estas lo requieran. Esta cuestión, que a primera vista parece básica, implica un proceso de articulación de distintos actores que forman parte de la logística. No basta con hacer el pedido; es preciso realizar un seguimiento que garantice la entrega en la institución. Aunque esta actividad parezca muy poco creativa, es una parte importante en la construcción de la confianza y la credibilidad de los equipos.

La posibilidad que tenemos los equipos de acompañamiento territorial de recorrer instituciones sirve para aportar y hacer circular, de unas a otras, distintos recursos que fomenten la creatividad y amplíen el campo de elección. En el mismo sentido, los encuentros de discusión entre organizaciones con problemáticas comunes y las capacitaciones sobre temáticas específicas (ver Capítulo III), desarrolladas tanto en una institución en particular como para el conjunto de la red, son útiles para compartir experiencias y reflexionar sobre las prácticas.

Otra de las ofertas es la de armar materiales de difusión locales con el apoyo del equipo de comunicación de la Coordinación Sida (ver Capítulo IV.4).

Por último, si bien no es un objetivo central de los equipos de referencia, promover y acompañar el desarrollo de investigaciones o la sistematización de la información existente permite realimentar la creatividad en aquellos equipos que llevan un tiempo más o menos prolongado trabajando en prevención del VIH (ver Capítulo III).

En un centro de salud donde funciona un CePAD y una red de prevención local, parte del equipo realizó una investigación para evaluar el conocimiento de la población acerca de la existencia de la red y del CePAD (Rosas, M., Paulino M. et al., 2003). Los resultados de este trabajo condujeron a la apertura de nuevas bocas de distribución de materiales en espacios poco tradicionales pero de gran afluencia de personas (como un supermercado) y a planificar una campaña de difusión del CePAD.

Algunas consideraciones sobre los equipos de referencia territorial

Finalmente, quisiéramos hacer algunos comentarios sobre el funcionamiento de los equipos de referencia territorial. Estos, como cualquier otro grupo humano reunido en función de una tarea, no están exentos de ninguna de las características planteadas para los equipos locales. Por eso mismo también necesitan de un espacio y un tiempo, en nuestro caso semanal, para conformarse como tales.

Dicho espacio sirve para pasar de los acuerdos teóricos a la construcción de un discurso y una práctica comunes, así como para detectar ciertas habilidades y saberes específicos de cada uno de sus miembros. Por un lado, tiende a lo homogéneo con la búsqueda de “un habla” del equipo más allá de cada uno; y por otro, se orienta hacia lo diverso en el respeto y valoración de las diferencias dentro de cada equipo. Esto significa que, cualquiera sea el referente del equipo que se comunique con la institución local, comparte las mismas ofertas y lógicas de trabajo, pero a su vez cada uno de los integrantes tiene distintas habilidades, producto de su experiencia y formación anterior o de sus características e intereses personales.

Por ejemplo, uno conoce mejor el funcionamiento dentro de los hospitales, otro se siente más cómodo trabajando con organizaciones de la sociedad civil (OSC), otro tiene mayor destreza para realizar talleres. Respetar esto permite un desarrollo más eficaz del seguimiento de los

equipos locales, a la vez que genera una mayor satisfacción de los integrantes de los equipos de referencia, que sienten reconocidas sus capacidades y más satisfactoria la tarea.

Las visitas a las instituciones, sobre todo en las primeras etapas, realizadas en forma conjunta por dos miembros del equipo de referencia, facilitan la construcción de este discurso común, a la vez que permiten tener una mirada más integral de cada institución.

Otra de las funciones de las reuniones del equipo de referencia es hacer el diagnóstico de cada una de las instituciones que conforman la red para plantear objetivos de máxima y de mínima. También permite diseñar estrategias específicas para cada equipo local, teniendo en cuenta tanto el tipo de institución como su disponibilidad para trabajar en prevención del VIH.

No es lo mismo el tipo de capacitación que puede ofrecerse a un centro de salud, que supone cierta incumbencia en la temática, que a un comedor comunitario cuya especificidad no es el área de salud. De la misma manera, aunque nuestra estrategia apuntó a incluir a los CGP y los CeSAC como articuladores de las redes locales, hacer esta propuesta a aquellos que tienen dificultades o desinterés en relación con el VIH estaría dando cuenta de la poca flexibilidad y falta de análisis situacional del equipo de referencia. El diagnóstico de cada institución tiene que servir para adecuar las propuestas a las realidades locales.

Esto llevó a poner en práctica distintas estrategias, como las capacitaciones sobre temas específicos, en respuesta a inquietudes de los equipos locales. También a hacer encuentros de sensibilización en VIH con todos los integrantes de una institución como manera de fortalecer y ampliar el trabajo del equipo local dentro de la misma o para revitalizar la difusión de la propuesta de la Coordinación Sida.

Los tres equipos de referencia territorial también contamos con un espacio común, cada tres semanas, de coor-

BIBLIOGRAFÍA

- Onocko Campos, R., *O Planejamento no labirinto. Uma viagem hermenéutica*. Tese de Doutorado, DMSP/ FCM/ Unicamp, 2002.
- Rosas, M., Paulino, M., Thouyeret, L., Noce, C., Goyos, E. y Repetto, R., "Conocimiento de la población de los barrios Piedrabuena, INTA y Pirelli acerca de la red de distribución y prevención del VIH-Sida". Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, CESAC N° 7, Hospital Santojanni, Buenos Aires, 2003.



COMUNICACIÓN SOCIAL: LA POLÍTICA ES EL MENSAJE

*Agustín Rojo
Malala Carones
Agustín Ostrowski*

*Algunos quieren un texto sin sombra
separado de la “ideología dominante”,
pero es querer un texto sin fecundidad,
sin productividad
un texto estéril. El texto tiene
necesidad de su sombra: esta sombra es un poco
de ideología, un poco de representación,
un poco de sujeto: espectros,
trazos, rastros, nubes necesarias:
la subversión debe
producir su propio claroscuro.*

Roland Barthes, *El placer del texto*.

Una manera de empezar a responder la pregunta sobre qué hicimos desde la comunicación social en la Coordinación Sida podría ser formal, rigurosa, y bastante aburrida. Algo así como:

Partimos de “un enfoque que comprende las acciones en salud como parte indisoluble del proceso de construcción de ciudadanía”¹. Por ello la estrategia de comunicación de la Coordinación Sida definió la autonomía como concepto central, lo cual significó:

- Concebir y ejercitar, en términos políticos, el derecho a la salud como un derecho ciudadano.
- Reconocer el protagonismo de los propios actores en su cuidado.

¹ Así quedó redactado en el Plan estratégico de VIH de la ciudad de Buenos Aires.

- Descartar, en consecuencia, políticas de intervención que vayan en un único sentido, por ejemplo: del Estado a la población, del médico al paciente, de los medios a las audiencias, del docente al alumno, etcétera.
- Respetar las opciones de vida individuales.
- Incorporar al trabajo la complejidad de los procesos de vida en los que se inscriben las acciones de prevención.

Este riguroso informe podría seguir recordando que desde el comienzo de la gestión se estableció que la comunicación sería transversal a todas las áreas de trabajo y que sus acciones y productos estarían en relación directa con los objetivos y estrategias de la Coordinación. Por ejemplo, para alcanzar el objetivo estratégico de **disminuir la transmisión del VIH en la ciudad de Buenos Aires**, se establecieron entre otras, las estrategias de **crear CePAD** y desarrollar una **red de distribución de preservativos**; en consonancia, el área de Comunicación produjo materiales (ver listado de publicaciones al final de este apartado) tales como:

- Folletos de información básica sobre VIH-sida.
- Guías de recursos.
- Folletos y afichetas de promoción del testeo con asesoramiento.
- Afichetas de promoción del uso del preservativo.

Del mismo modo, para el objetivo estratégico de **garantizar la atención integral** a las personas que viven con VIH-sida y sus correspondientes estrategias de **promover los derechos fundamentales de las personas afectadas directa o indirectamente por el VIH-sida y favorecer el acceso a información y servicios de salud reproductiva de las PVVS**, se elaboraron o editaron diversas piezas:

- La guía “Vivir en positivo” para PVVS, familiares y amigos.
- La campaña de medios “Sentir que nos puede pasar es empezar a cuidarnos”.



- Las “Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes”.
- El informe final de la investigación sobre reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH, “Éxitos médicos, desafíos humanos”.

Sin faltar a la verdad este relato sería, además de aburrido, muy parecido al que podrían hacer en infinidad de lugares del mundo. No dejaría ver “la diferencia”, que hace que una experiencia sea esa y no otra.

Nuestra intención, en cambio, es mostrar lo hecho poniendo énfasis en el *movimiento* que va *desde* lo que es posible pensar, planificar, teorizar o desear *hasta* lo que es posible llevar a cabo, organizar, elaborar, concretar. Pero no sólo como el pasaje entre el todo esperable y la parte realizada; entre lo que hubiéramos querido y lo que pudimos, considerándolo en términos de “metas” (en el lenguaje de los planificadores).

Queremos poner a la vista lo más gráficamente posible el pasaje entre aquello que *era de una manera cuando lo pensábamos* y *es de otra cuando lo llevamos a cabo*. Porque nos parece que las cosas que se concretan, aunque sean exactamente las planificadas, son otras porque están hechas.

Como se dice al principio del libro, vamos a “abrir la cocina” para mostrar cómo se mezclaron los ingredientes –en este caso vinculados a la comunicación social– que dieron como resultado una gestión determinada: el encuentro entre lo general y lo particular (estrategias que sirven en cualquier parte pero acá no hacen falta), lo teórico y lo práctico (esa teoría que es válida siempre pero que en este caso no sabemos cómo aplicar), lo individual y lo subjetivo (la inveterada costumbre de los individuos de llevar la historia incorporada en su vida),

lo políticamente correcto y la responsabilidad política (lo que no ofende a nadie ni le hace nada a nadie), las palabras y las cosas (cuando ya hicimos el debate hay que hacer volantes, folletos, libros, anuncios de tévé y radio).

DE LO GENERAL A LO PARTICULAR

Lo que sabíamos

Como es lógico, había cosas que ya sabíamos sin haber estado en la ciudad. Cualquiera fuese la realidad con la que nos encontráramos, los libros y la experiencia nos decían que la prevención no puede basarse sólo en campañas masivas, pero que estas son imprescindibles para dar visibilidad al tema VIH-sida y a las políticas puestas en marcha para responder a la epidemia. También nos decían que la comunicación focalizada (concepto cuya definición acarrearía más de un debate) es imprescindible si se quiere llegar con información pertinente – es decir adecuada en su forma, oportuna en su momento, respetuosa en su contenido– a los diferentes grupos, sectores y personas a quienes se dirigen los mensajes para la prevención.

Tampoco era necesario conocer a fondo la ciudad para saber que el equipo de salud era un actor privilegiado en la respuesta a la epidemia y, por lo tanto, en la comunicación generada desde un organismo del nivel central.

También sabíamos que era imprescindible “atar” la comunicación a las estrategias de prevención, asistencia y capacitación, definidas políticamente. No es un detalle poner el caballo (las estrategias) delante o detrás del carro (la comunicación): de una manera el carro avanza, de la otra el caballo se frena. Con el tiempo se vio que esta consigna era más importante que las anteriores: masiva o focalizada, dirigida al equipo de salud o hacia los usuarios del sistema, la comunicación no podía inde-

- hechos y palabras

pendizarse de las líneas de acción concretas so riesgo de quedar boyando en el mar de las buenas intenciones discursivas o colgando de las representaciones más o menos distorsionadas de lo que debe ser una política de VIH-sida.

Estos saberes previos se plasmaban en la “Propuesta para el área de sida en la Secretaría de Salud”, de diciembre de 2000 (ver Anexo I), como cuatro *misiones* para el área de comunicación social:

- Establecer mensajes para comunicación masiva
- Establecer estrategias para campañas focalizadas
- Establecer estrategias para campañas orientadas al equipo de salud
- Desarrollar materiales de apoyo para las distintas estrategias del área

Sin embargo, desde “lo general” no era posible elaborar ningún mensaje preventivo o informativo. De hecho, en un primer borrador de comunicación elaborado a días de comenzada la gestión avanzábamos en la definición de “audiencias”, pero al intentar establecer los “contenidos”, terminamos fijando criterios de trabajo más que mensajes concretos. Y aun en los casos en que proponíamos cuestiones insoslayables (información sobre vías de transmisión, promoción del preservativo), condicionábamos la forma y oportunidad del mensaje al conocimiento detallado del perfil epidemiológico de la ciudad, los actores reales, sus problemas, sus expectativas, los recursos y equipos existentes en el sistema público y en la comunidad, o al desarrollo de nuestra propia estructura administrativa y de vigilancia epidemiológica. Transcribimos algunos párrafos de ese borrador, de circulación interna, para ilustrar la tensión entre ese saber general y la necesidad de mayores precisiones. Se juntan afirmaciones con preguntas, palabras sueltas para señalar una duda, y advertencias para no olvidarnos de algún tema:



Podemos definir cuatro grandes grupos que requieren distinto tipo de abordaje.

1 • Los destinatarios de las políticas de prevención/atención

Población general. Información sobre vías de transmisión, formas de prevención, (folletos con lugares de consulta y atención con criterio territorial, ¿0800? Folleto sobre uso del preservativo, campañas de medios, vía pública, etcétera).

PVVS. Canales de comunicación para debatir en general y de manera permanente la política del sector en una actitud de consulta mutua; acceso inmediato a información sobre medicamentos, carga viral, anticuerpos, lugares de reclamo que den respuestas inmediatas. (Cuando exista un circuito más humano y racional, hacer cartilla con explicación sobre todos estos trámites, direcciones y teléfonos.) Requiere tener y optimizar la estructura administrativa.

Grupos más vulnerables: mujeres adolescentes (folleto sobre salud sexual y prevención de VIH, iniciación, miedos, etcétera. Articulación con Educación para la Salud); ídem para varones; mujeres en general (salud sexual y reproductiva, problemas de machismo en la pareja, negociación del preservativo, etcétera); usuarios de drogas (...); jóvenes no escolarizados (videos por tvé, spots de radio, articulación con Promoción Social y Juventud para ver materiales. Materiales gráficos con predominancia de imágenes y números de teléfono, ver circuitos de vida –estudios sobre representaciones y prácticas–, recitales, fútbol, bancaderos, institutos de minoridad y adolescencia, etcétera); población carcelaria; HSH. En gran medida, la definición de estos públicos –y las prioridades– depende de lo que diga el área de estudios epidemiológicos. Además, las posibilidades de articulación son más que las mencionadas.

2 • Los agentes de salud integrantes del sistema oficial y/o comunitarios

*Incluye al **equipo de salud** de los hospitales y centros –médicos, enfermeros, mucamas, personal de cocina, administrativos, etcétera– y a **actores comunitarios** que por alguna vía participan de las tareas de prevención/atención. El tipo de materiales que requieran diferirá notablemente (...). También aquí deberemos definir prioridades y, en la medida en que tomemos contacto con los centros y otras organizaciones, ver qué es lo que hace falta.*

3 • Las ONG y OSC

Las ONG y OSC podrían asimilarse al grupo anterior en la medida en que, desde su práctica, intervienen directamente en tareas de prevención/atención. Pero sería desconocer la especificidad y capacidad de intervención que tienen algunas de ellas y sus saberes específicos. Su independencia respecto del Estado abre un campo diferente en cuanto a la relación que se puede establecer con ellas. Más allá de proveerles los materiales que hagamos, nos parece que merece un debate a fondo el lugar que ocupan y que queremos, como Dirección, que ocupen en nuestra política. Constituyen un campo de potenciales tensiones y conflictos.

4 • Los medios de comunicación

Los medios de comunicación se llevaban una larga lucubración, habida cuenta del peso que tienen en la construcción del discurso público sobre el VIH-sida. Basándonos en nuestra previa experiencia en el Gobierno nacional, planteábamos que la utilización de los datos del “Boletín sobre el Sida en la Argentina” por parte de las ONG y de los medios era un buen ejemplo de lo que se podía: lograr convertir la Coordinación en una fuente confiable de información para los medios. En otra época los medios usaban estimaciones de ONG y estudios parcializados, con total falta de rigor.

Sin embargo, como se verá, este último fue un terreno

en donde la realidad incorporó nuevos actores y modificó nuestras posibilidades de acción. Potenció algunas y limitó otras.

Lo que aprendimos cuando empezamos a trabajar en la ciudad

¿A qué nos referimos con particular? Ante todo al hecho de que nos encontrábamos en la ciudad de Buenos Aires y éramos el organismo oficial creado para reorientar la política sobre VIH-sida. Esto nos ubicaba en un lugar que no era neutro y daba a la incipiente gestión una dimensión “fundacional”, con todo lo que esto acarrea de bueno y de malo. Desde la comunicación social, este “carácter fundacional” implicaba una primera tarea muy concreta: mostrar al propio sistema de salud, al resto del Gobierno y a la comunidad en general que la Coordinación Sida existía. Así se planteaba esta necesidad en ese borrador de diciembre de 2000:

Instalación del perfil de la Coordinación:

- *Imagen (cómo queremos que nos vean, cuál es nuestro rol).*
- *Posicionamiento (qué lugar ocupamos respecto de otros actores, dar a conocer el decreto de creación).*
- *Medios (cómo ser una fuente confiable y cómo convertir la prevención en noticia).*

A poco de comenzar el año 2001, y mientras pensábamos en el objetivo de existir, nos “chocamos” con el Día de los Enamorados, celebración bastante intrascendente en nuestra ciudad pero a la que se le podía dar un carácter ligeramente sexual. Resolvimos poner un afiche en la calle, nada muy original sin duda. De los archivos de la oficina de Comunicación Social de la Jefatura de Gobierno surgió la imagen de un preservativo diseñada originalmente para el Día de la Primavera. Con algunos cambios (no muchos) salió nuestro primer mural de vía pública (con el tiempo lo llamamos el

- hechos y palabras

“plato volador”. Su mensaje más importante era la firma: Dirección de Sida / Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Otro elemento particular fue el apoyo político con que contábamos. Para muchos integrantes del equipo que habíamos trabajado en el Estado, la “situación típica” era la de tener que pelear con las máximas autoridades políticas para llevar adelante lo que pensábamos. El caso más emblemático era la promoción –y sobre todo la accesibilidad– al preservativo. Un ejemplo sobre este punto: el financiamiento del Banco Mundial al proyecto Lusida en los 90 se retrasó casi dos años porque ese organismo –en un gesto paradójicamente progresista– se negó a otorgar el crédito hasta que el Ministerio de Salud de la Nación asegurase en el convenio –de manera explícita– que promovería el uso del preservativo. Hasta el día de hoy (año 2007) varias agencias de financiamiento de origen estadounidense con importante presencia en América latina sólo otorgan fondos a condición de que se promuevan la abstinencia sexual y la monogamia como formas de controlar la epidemia.



“El plato volador.”

Plantear seriamente la promoción del condón implicó no sólo imprimir miles de afichetas –que más tarde llamaríamos cariñosamente “mamadera”– sino, sobre todo, comprar los millones de preservativos para responder a una futura demanda. Sólo así la comunicación podía dejar de “hablar del preservativo” para empezar a ser parte de la mejora en la accesibilidad a este recurso.

Un tercer elemento de carácter particular asociado al anterior fue la incorporación, con un papel central, de un actor no previsto originalmente en la comunicación de la Coordinación Sida: la mencionada Subsecretaría de Comunicación Social. El respaldo político implicó que la comunicación sobre VIH-sida fuera comunicación del Gobierno y esto colaboró tanto para el momento de la instalación pública de la Coordinación como para el establecimiento de sus líneas estratégicas.

Un ejemplo ilustrativo de estos dos aspectos: la revista *Infosida*, editada con el apoyo técnico de dicha subsecretaría, fue presentada por el entonces jefe de Gobierno junto con el secretario de Salud y el director de Sida. Ante una gigantografía de la tapa, llena de preservativos, y en un gesto que repetía el de varios funcionarios en distintos lugares del mundo, el jefe de Gobierno tomó un preservativo en su mano mientras pronunciaba su discurso, “armando” una foto para los medios. La foto explicitaba al mismo tiempo el nivel de preocupación oficial por el tema y el respaldo a una línea estratégica.

No es poca cosa para “elaborar mensajes de prevención” que la máxima autoridad se esté jugando en dichos mensajes. No es un detalle saber que lo que se dice se va a hacer, que lo que se difunde es un servicio que existe, que lo que se busca es hacer efectivo un derecho y no sólo declamarlo. Las teorías más viejas plantean que hay “comunicación” cuando el receptor puede reproducir exactamente lo dicho por el emisor, sin importar si el mensaje es “tu gato ha muerto” o “feliz cumpleaños”. Cuando se trabaja en VIH no es lo mismo decir “tenés que usar forro”,



“La mamadera.”

que decir “tenés derecho a retirar forros gratis”, o decir “tenés forros gratis. Buscalos en tal dirección”. No es lo mismo ni para el receptor ni para el emisor.

El “precio” de este apoyo fue que nuestra gráfica tuviera una estética “cool” como la del Gobierno en general, que a veces nos parecía poco adecuada para la población a la que queríamos llegar. En efecto, la gestión Ibarra desarrolló por primera vez una muy consciente política en relación con su imagen, que se plasmó en un “Manual de identidad visual institucional” aprobado por un decreto del poder ejecutivo² que establecía taxativamente la familia tipográfica, los colores y las posibles utilizaciones de su logotipo (**gobBsAs**) para la comunicación oficial. Así, nuestras piezas de comunicación fueron predominantemente verdes o naranjas (los colores institucionales) con la letra “univers” recta que dictaba el manual. Por otro lado, también tuvimos que lidiar con los prejuicios de varios compañeros especialistas en comunicación de la Jefatura de Gobierno que, desde una concepción más efectista y publicitaria que preventiva, entendían que asustar “un poco” tal vez no viniera del todo mal.

Sin embargo, entendimos que esa estética “cool” nos hacía visiblemente parte de la gestión y, por lo tanto, más creíbles ante el público en general y más poderosos frente a nuestra audiencia interna, los equipos de salud y las otras áreas de gobierno, a quienes también debíamos dirigirnos. Por otro lado, y más allá del estilo elegido por la gestión, la indudable calidad técnica de las piezas nos daba la oportunidad de tomar posición en un debate sordo presente cuando se trabaja en la gestión: los materiales de comunicación dirigidos a los sectores populares no tienen ninguna obligación de ser feos ni baratos.

El apoyo, además, nos sirvió para contar permanentemente con materiales gráficos (cientos de miles a lo largo de los años) y campañas (gráficas, de medios y de vía pública) cuyo costo hubiera sido imposible afrontar con el presupuesto de Salud. Algo no menor.

² Decreto 1.982/03; publicado en el Boletín Oficial N° 1.611 del 17 de enero de 2003.

A diferencia de lo que se planteaba en la propuesta original de comunicación, nunca tuvimos una relación directa con los medios. Y desde la Jefatura del Gobierno la prensa fue manejada la mayor parte de las veces con criterios coyunturalistas. Si le “servía a la imagen” del jefe de Gobierno, se podía considerar la aparición de cierta información en los medios. Si “solamente” buscaba difundir una política, dar a conocer resultados o rescatar una experiencia exitosa, se retaceaban las pantallas y los diarios, y debíamos contentarnos con los canales propios de la comunicación institucional.

Si a esto se suma que la prensa está en relación directa con el alto o bajo perfil de un área y hasta de un funcionario en particular, se entiende que en este terreno la alianza estratégica con la Jefatura de Gobierno encontraba un límite. La aparición *per se* de la Coordinación en los medios sería leída por los diferentes ministros de Salud (nuestros superiores inmediatos) como un “puenteo”. Si, como sucedió además, para el equipo de la Coordinación la proyección pública era percibida, en el mejor de los casos, como una necesidad de la gestión pero no como una aspiración o preocupación de su conducción política, podemos concluir que durante estos años tuvimos mucha más presencia y reconocimiento “por abajo” que visibilidad “por arriba”. Y tal vez por eso mismo pudimos permanecer como política y no sólo como imagen durante las múltiples turbulencias que atravesó el Ministerio de Salud primero y todo el Gobierno después.

Por supuesto que no sólo de fotos y papeles se hace la comunicación ni se crea la imagen de un organismo. Al comenzar la gestión, las visitas a los hospitales de la ciudad fueron en sí mismas un poderoso dispositivo de comunicación. El diagnóstico participativo elaborado a partir de esas visitas, el diálogo comenzado en esos días con los equipos, los compromisos asumidos, **la palabra asociada a la tarea** eran un mensaje fuerte y el comienzo de **una comunicación pensada no sólo como**

- hechos y palabras

campañas sino como parte de la política y la gestión cotidiana.

La decisión de incluir en los mensajes de la Coordinación las líneas de teléfono gratuitas que ya funcionaban en las direcciones de la Mujer y de Juventud también apuntaba a “meter” la comunicación en la gestión del Gobierno. Para ello tuvimos que capacitar en el tema VIH-sida a todos los operadores de esas líneas “abriendo” el tema a otras áreas del Estado. También se acordó incorporar en nuestra comunicación la línea 0800 del Ministerio de Salud de la Nación. En este caso debimos proveer al Ministerio de la información sobre los recursos que se comenzaban a desarrollar en la ciudad.

En el mismo sentido, y por iniciativa de la Jefatura de Gobierno, se desarrolló un portal de VIH-sida en la página web del Gobierno de la Ciudad, con un importante espacio. El trabajo de actualización por parte del equipo de la Coordinación encontró como contraparte la mejor disposición y recursos de los realizadores de la página.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

La teoría

Es mucho lo que se ha investigado y teorizado sobre la importancia de la comunicación en la prevención del VIH-sida: a falta de vacuna, buenas son las palabras dicen, más o menos disimuladamente, los libros. Gran parte de estas reflexiones se centraron –aunque desde distintas perspectivas– en las cuestiones de la recepción. En términos prácticos, y dicho muy rápidamente, se planteaba que sería posible para quienes encaran las tareas de prevención “controlar lo que se dice” pero no las múltiples “interpretaciones” de lo dicho. Las causas de estas diferentes reinterpretaciones serían múltiples: distintos niveles educativos, diferencias culturales en sentido antropológico, cuestiones vinculadas a la edad y género de la audiencia. ¿Cómo saber qué significa ser fiel para un adolescente?,

¿qué es riesgo para una mujer casada?, ¿qué es un fluido corporal, una relación oral o un retrovirus para alguien que no es médico?, ¿qué le dice un volante a una persona analfabeta?

La incorporación de estos interrogantes, antigua en el campo de la comunicación, marcó un momento importante en la evolución de la comunicación específicamente vinculada al VIH-sida. Sin embargo, las correcciones a los mensajes para que no fuesen ambiguos o se adaptasen a la realidad cultural de la audiencia, siguieron sin tomar en cuenta otros aspectos del contexto, tanto social como subjetivo, en el que se produce la comunicación. Se trataba de hacer inequívoco el mensaje pero no se ponía en cuestión “lo que había que decir”.

Varias veces desde la coordinación de talleres sobre comunicación para los equipos de VIH, comenzamos distinguiendo entre *informar* y *comunicar*. Los puntos señalados anteriormente tendían a mejorar la calidad de la información, pero no la comunicación entre actores reales *con inserciones diferentes en la sociedad y posiciones distintas ante la epidemia*. Y son estas posiciones las que muchas veces condicionan la comunicación permitiendo que sea exitosa o haciéndola totalmente imposible.

Por supuesto que la comunicación y la consecuente reflexión sobre ella siguieron avanzando e incorporando estos aspectos. Comenzó la llamada era de la “politización de la comunicación en VIH-sida”, que implicó cambiar el eje y centrarse más en los actores que en los mensajes. Aquellas “reinterpretaciones” comenzaron a ser entendidas como manifestaciones del carácter “activo” de los receptores, como un elemento constitutivo del proceso de comunicación y no como una “distorsión” del mensaje. Así, se le dio más importancia a la dimensión social del cambio que al cambio de comportamientos individuales; a los derechos humanos más que a la atención médica; a la autonomía de los sujetos más que a la enseñanza y el deber ser.

En esta línea se inscribió la estrategia de comunicación de la Coordinación Sida haciéndose cargo de la complejidad que esto traía. Sabiendo que los problemas no están sólo del lado de los receptores, que es preciso mirar cómo funciona la emisión, es decir nuestra parte, prestando atención a las relaciones sociales, políticas e ideológicas dentro de las cuales producimos, junto con los demás actores, la comunicación.

A fines de 2003, al invitarnos a dar un taller sobre comunicación social, la Residencia de Educación para la Salud nos planteó como eje una pregunta: ¿por qué es necesaria un área de Comunicación Social en la Coordinación Sida? Nuestra sorpresa inicial por una pregunta “tan obvia” dejó lugar a un ejercicio de reflexión sobre lo que veníamos haciendo. La supuesta obviedad del interrogante era idéntica a la obviedad de que no existía en el sistema de salud una tradición de trabajo en comunicación social por parte de los “programas del nivel central” y que no era frecuente, por lo tanto, que hubiese un equipo específicamente dedicado a eso. Entre la “prensa del ministro” y los “volantes hechos a pulmón” en hospitales y centros de salud, no suele haber demasiadas instancias intermedias.

Al comenzar ese taller reiteramos la idea de que tanto la producción de materiales gráficos como la difusión de mensajes a través de diversos canales de comunicación se *integra a una estrategia global de prevención* que le da sentido y a la que tiende a reforzar. Que *es imprescindible que los mensajes de prevención se articulen con las instituciones que les dan sustento* (hospitales, centros comunitarios, ONG, redes de personas que viven con VIH, etcétera) y sin las cuales no sería posible responder a la epidemia.

También señalamos, explicitando nuestro marco teórico-político, que el *concepto central* sobre el que girarían los mensajes de la Coordinación sería el de la **autonomía** ya que, para que las medidas que se tomen en los ámbi-

tos sociales e institucionales tengan algún efecto real, es imprescindible *fortalecer e incrementar los niveles de autonomía individuales*.

Dicho esto, relatamos a los participantes del taller qué implicaban estas dos premisas para la práctica del equipo, cómo “bajábamos” estos principios a nuestra comunicación.

La práctica

De los apuntes de ese taller recogemos textualmente lo que sigue.

Desde una perspectiva más vivencial, debemos:

a • *Antes que nada, acordarnos de cuántas veces hicimos lo mismo que criticamos. Esto tiene el doble efecto de prevenirnos de nuestro propio sentido común por un lado y bajarnos del caballo por el otro. ¿Cuántas veces el “deber ser” asociado al “conocer” se nos filtra de manera subrepticia como un “deber ser progre”?*

b • *Después, expresar y reflexionar, como un ejercicio grupal, algunas de las cosas que nos pasan a nosotros en relación con el VIH-sida. Esto sirve para sentir la complejidad del tema y, por supuesto, para compartir la ansiedad que provoca.*

c • *Tercero (aunque siempre uno dice que es primero), no olvidarnos de lo que dicen los datos empíricos sobre la ciudad. Esto sirve para comprender el marco social a la respuesta.*

Algunas anécdotas que ilustran estos tres puntos:

a • *Una “campaña antidiscriminación”.* Unos meses después de realizar ese taller, se hizo una campaña gráfica y de vía pública con eje en la discriminación de las personas con VIH-sida. Eran tres piezas similares, cada una de ellas con una cara en primer plano, que decían respectivamente “hiv + familia”, “hiv + trabajo” y “hiv +



- hechos y palabras

estudio". Esos textos principales se acompañaban con otros más pequeños que decían "Ella puede vivir con hiv, vos podés convivir con ella", "Él puede estudiar con hiv..." y así sucesivamente.

La frase "vos podés hacer algo" expresa una afirmación o un imperativo (te ordeno que puedas); un "deber ser" que poco tiene que ver con las dificultades reales de las personas (incluidas las que viven con el virus) para relacionarse con la problemática del VIH- sida. El prejuicio y la discriminación no son sólo una "fea actitud". Son también una manera de alejarse de un tema que nos conmueve.

Pero además: ¿quién dice lo que pueden hacer las personas con VIH y las que no tienen el virus? ¿Es lo mismo decir lo que deberían/deberíamos poder que lo que objetivamente están/estamos en condiciones de hacer? ¿Desde dónde se dice, con qué derecho? ¿Tiene el Gobierno semejante prerrogativa? ¿En qué lugar se ubica respecto de las personas con VIH-sida y del público general? (Él puede, vos podés, ¿y por casa cómo andamos?)



¡Con qué facilidad una idea “ingeniosa” y un “inteligente” juego de palabras se pueden convertir, en el mejor de los casos, en un mensaje trillado –discriminar es malo– y, en el peor, en una sutil forma de discriminación!

La velocidad con la que se hizo la campaña, la participación de una agencia de publicidad que trabajaba para la Jefatura de Gobierno y con la que no teníamos trato directo y el poquísimo tiempo para supervisar la pieza no son una justificación, son sólo el marco real en el que se produjo. Así es la gestión, a veces las cosas salen más o menos.

Un dato interesante para sumar complejidad al asunto es que no hubo reacciones críticas a esta campaña y que incluso muchas personas con VIH nos comentaron que les había parecido muy buena. El único comentario negativo que llegó a la Coordinación Sida fue que “todas las personas eran morochas y eso era un poco discriminatorio”.

b • El “núcleo psicótico del mediodía”. Poder expresar y reflexionar sobre lo que le pasa al equipo en relación con el VIH-sida es central. Cuando hay cuatro personas y cuatro posiciones diferentes sobre un mismo tema, comienza a desmoronarse la certeza con la que se proponen mensajes, consignas y conceptos. La teoría según la cual muchas de nuestras actitudes responden a dudas y temores básicos antes que a la información que manejamos, deja de ser un cuento y pasa a ser parte de la propia experiencia. Si antes podíamos pensar la complejidad del tema, ahora podemos sentirla en el propio cuerpo. Trabajar en VIH, y en salud en general, no es inocuo. Compartir la ansiedad que generan algunos temas permite, de alguna manera, conjurarla.

Durante los primeros años de la gestión existía en el edificio del Ministerio de Salud un bufete donde preparaban comida. Al acercarse la hora del almuerzo, tal vez por el hambre, comenzaba una especie de “asociación libre grupal” que una compañera llamó el “núcleo psicótico del mediodía”. Resulta interesante rescatar esta ex-

perencia porque, vivida desde dentro del equipo de comunicación, fue una oportunidad para poner en acto una serie de experimentos discursivos que se utilizarían después en la producción de textos y mensajes de prevención. Participábamos de estos “mediodías” los integrantes del área de comunicación, con placer por las palabras, junto con nuestros compañeros médicos, psicólogos y antropólogos, personas con VIH y, también, el público que rodeaba la “mesa de sida”.

Junto a los sobres de preservativos, circulaban por el comedor y en voz alta innumerables sinónimos de pene y vagina (palabra que el diccionario de word aún no reconoce y subraya en color rojo); en la mesa se hablaba sin recato sobre prácticas y orientaciones sexuales que muchos no habíamos imaginado hasta ese momento. Y, mientras cuestionábamos el “poder médico”, discutíamos de cine o de ópera, nos íbamos enterando de cómo era un día en un consultorio de infectología. Se discurría sobre la discriminación con personas con VIH, compañeros gay, judíos, petisos, mellizos idénticos y pacientes que se acercaban a hacer consultas. La risa, nerviosa al principio, logró convertirse en “complicidad”, utilizando la expresión en un sentido similar al que le da Toni Puig Picard (2004), especialista en gestión cultural de Barcelona. Para este autor, el logro de una gestión municipal se expresa en la complicidad que pueda generarse con los ciudadanos (Puig Picard, 2003)³, y define la confianza compartida como una “responsabilidad cómplice” (Puig Picard, 2004). En nuestro equipo, esta “responsabilidad cómplice” no sólo no anulaba/ocultaba las diferencias, sino que permitía que se expresaran y pudieran coexistir. Empezábamos a poder “reírnos del sida”, es decir reírnos grupalmente de nuestras propias limitaciones frente a la realidad del VIH, a no tener que disfrazar nuestros miedos de seriedad, y a complementarnos como equipo.

Pero además, también durante el “núcleo psicótico

³ Sobre este tema, pero sobre todo para pensar la comunicación más allá de las campañas o anuncios gubernamentales, ver: Puig Picard, (2003).

del mediodía” podíamos sentir en carne propia que nuestro microclima no hacía desaparecer mágicamente la incomodidad de nuestros vecinos del comedor. Las miradas, las caras y los comentarios hechos al pasar para que los escucháramos nos recordaban que el pudor y la vergüenza no obedecen necesariamente a discursos ideológicos reaccionarios o a posiciones rígidas y minoritarias sobre la sexualidad, sino que son respuestas humanas más que respetables. En otras palabras, que cuando “de algo no se habla”, por algo es. Y que no alcanza con “empezar a hablar” para llenar ese silencio. E incluso, cuando se habla desde el prejuicio también es “por algo” y no es suficiente “usar un lenguaje políticamente correcto” para neutralizar los discursos discriminatorios.

Al que le da vergüenza hablar de sexo, una buena campaña no debería decirle que es un estúpido. Al que el forro le corta el clima, una buena campaña no puede querer convencerlo de que no hay placer más grande que usar un condón. Al que está orgulloso de ser fiel, una buena campaña no puede decirle que es un marciano. Una mujer que no puede pedirle a su pareja que use forro no necesita que una actriz de publicidad le muestre lo fácil que es. La persona que no se anima a decir que vive con VIH no quiere escuchar que tener el virus es lo mismo que no tenerlo, aunque a alguien esto le suene “políticamente correcto”.

• *Por dónde empezar.* Todo es importante cuando se habla de salud desde el Gobierno; una persona es tan importante como otras diez mil, un medicamento que falte es tan grave como una actitud expulsiva en una institución pública... Sin embargo, por algún lado hay que empezar. Los datos, las cifras, recortan el marco social en el que nos movemos y ayudan entonces a priorizar. Y no sólo los datos epidemiológicos duros. Enterarse de que la Secretaría de Salud compraba 50 mil preservativos al año, de los cuales distribuía sólo una parte, obligaba a la ins-

talación del forro como política pública y por lo tanto como mensaje.

El acceso garantizado por ley a la medicación y la existencia de una infraestructura de salud casi hipertrofiada en relación con la población de la ciudad aseguraban la posibilidad material de realizar el testeo y atender a quienes resultaran seropositivos. La promoción del testeo con asesoramiento no tenía por qué esperar. Otro tanto sucedía con las mujeres embarazadas y sus parejas, habida cuenta de que todos los partos de la ciudad son institucionalizados.

En cambio, las dificultades para que las personas accedieran a los medicamentos y a la realización de estudios obedecían en gran medida a la coexistencia de distintos niveles político-administrativos –Ministerio de Salud de la Nación, Pami, Anses⁴ y Gobierno de la Ciudad– en el proceso. No teníamos “mensaje” claro, unívoco y que pudiéramos garantizar de inmediato. Hizo falta un tiempo para establecer, como decía el primer borrador de estrategia comunicacional, “circuitos más humanos” y tuvimos también que avanzar en la relación con los usuarios del sistema de salud para elaborar estrategias de comunicación orientadas a las personas con VIH-sida.

Y queremos subrayar esta última idea. Al igual que con las PVVS, el verdadero cambio en la elaboración del discurso de la Coordinación lo logramos con el paso del tiempo, cuando la incorporación de los demás actores –destinatarios directos o indirectos– al debate superó el nivel de la formalidad y pudo basarse en una relación política sostenida y en la construcción de confianza. Esto también es pasar de la teoría a la práctica.

INDIVIDUAL NO ES SINÓNIMO DE SUBJETIVO

En aquel taller con la Residencia de Educación para la Salud planteamos una definición de autonomía que, sin ser del todo incorrecta, nos complicaba para encarar nuestro trabajo concreto de comunicación. Decíamos: “Entende-

⁴ Organismos de la Seguridad Social dependientes del Estado nacional, que brindan o supervisan la atención médica de sus respectivos beneficiarios.

mos por autonomía la condición por la cual un individuo es y se siente capaz de determinar su propio comportamiento, lo que implica aspectos cognitivos (información y educación), emocionales (sentimientos, preconcepciones y creencias) y prácticos (habilidades para utilizar los productos y servicios disponibles)". Y agregábamos, porque algo nos hacía ruido: "Desde esta perspectiva, las estrategias de comunicación buscan contribuir a que las personas adquieran autonomía para identificar y utilizar las formas y los medios para preservar y mejorar su salud en general y en relación con el VIH-sida en particular".

Esta definición partía del "hecho" de que la prevención –el uso del preservativo o las jeringas (el control del embarazo, en menor medida)– se da en el ámbito íntimo. Y que, por lo tanto, desde la comunicación **se debe lograr influir en ese lugar "privado"**. Es difícil no acordar con una afirmación tan genérica, pero el problema aparece cuando se confunde lo *privado del lugar* con lo *descontextualizado del individuo*. En esta confusión vuelve a colarse el sentido común impregnado, entre otras cosas, por el discurso biomédico asociado a una matriz racionalista/iluminista que no logra otra propuesta que ordenarle a la gente que actúe de acuerdo a lo que sabe, intentando que "sienta" que cuidarse es bueno y que no hacerlo es malo, y enseñándole cómo colocarse un preservativo. Hemos visto campañas en este sentido: "Si ya lo **sabés**, hazlo", "La **ignorancia** contagia", "Si **sabés** cómo cuidarte, ¿qué estás esperando para usarlo?".

Pero esto que criticamos también estaba presente en nuestra definición de autonomía cuando se afirmaba que "la autonomía se expresa en comportamientos individuales", como capacidad de cada persona. Así, con una visión típica de las agencias de publicidad, la prevención se vuelve privada y los mensajes deben impactar en cada individuo. Se supone no sólo una audiencia receptiva sino un "target" comprador, motivado por sus intereses particulares.

- hechos y palabras

Quisiéramos mostrar un par de textos posteriores, usados en talleres de capacitación y artículos, en los que el tema de la autonomía fue “decantando” al mismo tiempo que fuimos encontrando y asumiendo nuestros límites en tanto actores definidos: éramos la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad, no un docente, ni un hermano, ni un médico, ni una ONG.



*La elección de la **autonomía** como concepto central de la estrategia de comunicación obedece a un supuesto que hace falta explicitar y debatir: más allá de la importante masa de conocimientos, mensajes e informaciones que circulan en el espacio público porteño, las posibilidades de que estos recursos se conviertan en medidas concretas de prevención son muy limitadas (...) Por otra parte, aun en el terreno de los conocimientos, el énfasis ha sido puesto en las vías de transmisión, las formas de prevención y el proceso de la infección por VIH. **No son sólo estos los datos que contribuyen al desarrollo de la autonomía y, por ende, a la prevención; también lo son: los servicios que existen, el perfil de la epidemia (cantidad, sexo, edad, ubicación geográfica), los derechos ciudadanos en relación con el VIH-sida, los controles técnicos de los preservativos, etcétera, es decir, informaciones vinculadas a aspectos que superan lo biomédico para incluir tanto la disponibilidad de servicios sociales y de salud así como los marcos socioinstitucionales en los cuales pueda desarrollarse dicha autonomía (o que por el contrario, la dificulten, como los reglamentos y leyes sobre moral y buenas costumbres, etcétera).***

Se debe recordar, sin embargo, que los individuos no adquieren autonomía a través de los demás sino a través de sí mismos. En efecto, la autonomía no es algo que se conceda: precisa ser conquistada y ple-

namente ejercida en la vida cotidiana de cada persona. Por lo tanto, el verdadero papel del ambiente social debe ser el de levantar los posibles obstáculos, eliminar las eventuales barreras a la conquista de autonomía por parte de los individuos, a fin de facilitar y fortalecer dicho proceso.

Los párrafos en negrita marcan el comienzo del paso de una concepción orientada a influir en lo privado a otra tendiente a garantizar desde lo público (en “el ambiente”) los derechos de los ciudadanos.

Para decirlo con un ejemplo típico del debate sobre el preservativo que dura hasta el día de hoy: no corresponde ni es creíble desde el Estado –y tal vez, creemos, desde ninguna campaña masiva que no sea de carácter comercial– promover el preservativo como un bien deseable, erotizable, divertido, etcétera. Antes bien, sí es responsabilidad del Estado garantizar el acceso al recurso y la información que pruebe que es el mejor y único método para prevenir la transmisión sexual del VIH. La demanda de preservativos por parte de los potenciales usuarios, según nuestra experiencia, ha dependido de su cercanía, de la facilidad del “trámite” y de la difusión de su existencia, más que de los elogios al preservativo. En términos de un ex jefe de Gobierno: “No tenemos derecho a meternos en la cama de nadie”.

En el ámbito privado, grupal, de prácticas de asesoramiento “cara a cara”, es otro cantar. Allí sí se ponen en juego, porque están presentes, cuestiones estrictamente individuales. El voto femenino y el divorcio no se difundieron señalando lo conveniente y agradable de votar o divorciarse, sino garantizándose como derechos.

Otro aspecto de este problema se plantea en el texto que sigue, que fue parte de un artículo de *Infosida* (Nº4, pp. 36-41):

Los elementos no discursivos de la comunicación se

asocian fundamentalmente con relaciones de poder habitualmente naturalizadas (...) Una vez que desde el discurso oficial se renuncia a las fórmulas imperativas de cualquier tipo –moralistas, normativas, paternalistas, culpabilizadoras o “progres”–, el riesgo está en dar por supuesta (o decretar) la autonomía de actores sociales decididamente vulnerables. La autonomía no se otorga, la ciudadanía no se decreta. La idea de una comunidad de hombres y mujeres totalmente autónomos es tan irreal como la idea de un mundo de seres absolutamente racionales. Decir “podés retirar preservativos gratis en tal lugar” es mejor que decir “usá preservativo” pero serán el contexto y la manera en que estos dos mensajes lleguen (o no) a quienes los necesitan lo que haga la diferencia. Porque si una comunicación desde “el saber / poder” desvaloriza a los destinatarios convirtiéndolos en una especie de niños grandes, una comunicación que sobrevalora su capacidad de comprensión y de acción, desconociendo sus carencias, puede conducir al abandono de los más débiles.

Esto plantea, en términos estratégicos, ir moviendo el eje de los mensajes hacia las voces, ya que **todo mensaje puede ser mejorado, pulido, adecuado una vez que se produjo, pero no se puede mejorar aquello que queda escondido en el silencio y la marginalidad de los más vulnerables** (Panos Institute, 2003).

Como Estado, no podemos ver a las personas como sujetos abstractos, a la manera de los filósofos, ni como sujetos concretos a la manera de un psicoanalista. En cambio, la comunicación estatal sí puede y debe:

- Poner límites/sancionar simbólicamente a quienes cercenan la autonomía (difundir espacios para realizar denuncias).
- Habilitar a quienes facilitan el acceso de los usuarios

a las instituciones (respaldar a los equipos que trabajan bien).

- Habilitar a los usuarios para que hagan uso de sus derechos (empoderar).
- Informar sobre derechos y obligaciones nuevos y/o viejos.
- Hacerse cargo de los años de “usos y costumbres” contrarios a la concepción de autonomía (renunciar al progresismo abstracto, delirante y ofensivo).

Veamos esto en una campaña de vía pública:



Mensaje a la población:

- Hay un gobierno que toma este tema
- Hay derecho al preservativo
- Hay posibilidad de acceder al recurso

Mensaje a los actores estatales:

- Hay una política en relación con el preservativo
- Hay obligación de tenerlos disponibles en las instituciones
- Hay habilitación legal y política para plantear el tema en ámbitos públicos



DE LA CORRECCIÓN POLÍTICA A LA RESPONSABILIDAD POLÍTICA

Parte de los problemas con la definición de autonomía se originan en la preocupación constante, ya mencionada, de no caer en el abandono de aquellos sectores más vulnerables. La historia de la respuesta oficial a la epidemia en el país y en la ciudad tiene, como les gusta decir a los periodistas, “luces y sombras”. Sin embargo, son las sombras las que se sienten como amenaza, como lo que no se quiere repetir, como lo que hay que modificar.

En algún momento de esta historia era muy fuerte el contraste entre la visión oficial, más médica, más prejuiciosa, más fríamente calculada, más “externa” al problema, y la de las ONG que expresaban la voz de las personas y grupos directamente afectados por la epidemia. Una tenía un tono distante y hasta de censura; la otra hablaba “desde adentro” y exigía respeto por los derechos de las PVVS.

Fue naciendo así un contradiscurso “políticamente correcto” que, a despecho de la rigurosidad científica de ciertos términos (portador, huésped, agente infeccioso, factor de riesgo), sostenía que los portadores eran personas, los factores de riesgo, prácticas humanas, los huéspedes sus propios cuerpos, etcétera. En esta “lucha por las palabras correctas” se expresaba la cuestión más fundamental del lugar de la epidemia en la sociedad, del nivel de respuesta que se le daba y del papel de cada uno, individuo, grupo o institución, en ella.

No era extraño que varios de los integrantes de la Coordinación que veníamos trabajando en el tema desde hacía años, hubiésemos adoptado como propias no sólo las categorías “políticamente correctas” con las cuales hablar del VIH-sida, sino las posiciones que estas categorías expresaban respecto del trabajo sexual, los derechos de las minorías, los usuarios de drogas, las mujeres, los “pacientes” de los hospitales, los niños, etcétera.

Sin embargo, esta “saludable preocupación” por no

ofender ni discriminar era sólo una parte del problema. Como organismo público teníamos también la más “saludable ocupación” de trabajar sin ofender ni discriminar. En el terreno de la comunicación, por lo tanto, nuestro rol era doble: hacia la comunidad pero también hacia el Estado. Porque la autonomía de la que tanto hablamos no sólo es deseable en los usuarios del sistema de salud sino también en los equipos que trabajan en dicho sistema y que, como se decía al comienzo, son un actor privilegiado en la respuesta a la epidemia, sobre todo considerada desde el punto de vista estatal.

A la corrección política se agregaba, en nuestro caso, la responsabilidad política. Junto a las campañas orientadas a la comunidad, que como vimos también alcanzaban **a los ciudadanos/agentes de salud**, debimos pensar líneas y materiales orientados a valorizar el quehacer de los equipos, darles recursos e incorporarlos activamente a la política. Ejemplo de estos materiales son, entre otros, la publicación *Infosida* y las sucesivas recomendaciones para la profilaxis de la transmisión vertical, o post exposición. La vigilancia epidemiológica, que obliga a cada profesional a registrar datos precisos de cada paciente “con funciones estadísticas” por fuera de su historia clínica, deja de ser una carga y cobra otro sentido cuando aparece publicada formando parte del cuadro real de la epidemia y siendo un aporte al conocimiento del conjunto sobre lo que sucede en la ciudad.

La laboriosa construcción del discurso político y correcto

Una de las certezas con las que encaramos esta tarea se sostuvo en la premisa de que las personas con VIH-sida eran destinatarias permanentes de hecho de todos los mensajes de la Coordinación. Esta fue una preocupación clave desde el inicio de la gestión que, tal vez, contribuyó a dar cierta originalidad a nuestro discurso. La manera en que se incluye o no a las personas con VIH-sida en el discurso es central para la política de comunicación. En un

muy interesante artículo de Javier Ampuero Albarracín, que usamos en varias capacitaciones, se plantea una serie de miradas sobre el VIH-sida presentes en los medios de comunicación y que nos sirvían de contramodelo. Así las resumíamos en *Infosida* (Nº 4):

Conviven en los medios miradas indiferentes, compasivas, temerosas y moralistas que convierten al VIH-sida, y fundamentalmente a las personas que viven con este virus, en invisibles, víctimas, agresoras y culpables respectivamente.

La mirada indiferente desjerarquiza el tema al considerar que existen problemas mucho más extendidos que el VIH, que afecta sólo a “unos pocos”, lo cual no es difícil de “demostrar” con datos cuantitativos.

La mirada compasiva, en cambio, se hace cargo de la importancia del asunto pero lo aborda desde el dolor de las personas con VIH, a quienes “habría que ayudar”. Evidentemente, los problemas que se les presentan a las personas que viven con el virus (centralmente la discriminación) son dolorosos, pero el lugar de desprotección en que este discurso las ubica construye en el otro polo a los protectores (la mayoría), que así estarían fuera del problema.

La mirada temerosa refuerza la idea del peligro agazapado, la enfermedad invisible que espera escondida (“que no te sorprenda”, “avisá”). Y llega a lo insoportable con la imagen de la persona infectada que, por venganza, transmite intencionalmente el virus a los demás. Personajes de series estadounidenses y telenovelas nacionales han sido contruidos sobre este imaginario. Resulta claro que “la gente en general” se ubica del lado de los múltiples amenazados.

Finalmente, la mirada moralista asocia el VIH-sida a comportamientos desviados, alejados de lo normal y lo correcto. Haciendo suyo el discurso de los primeros tiempos de la epidemia, refuerza la estigmatización de

homosexuales, usuarios de drogas o trabajadoras sexuales y los hace responsables de su propia infección que, en este sentido, se presenta como un castigo merecido. El crecimiento de la epidemia entre las mujeres y varones heterosexuales –“normales” y “decentes”– es un dato que este discurso no logra reconocer e incorporar.

Aun cuando estas miradas parezcan muy diferentes entre sí, tienen un común denominador: ubican al VIH-sida en el lugar de “lo excepcional”, lo raro, lo poco frecuente, lo alejado. Y como también se señalaba en el artículo:

El discurso de los medios reproduce y modela la opinión pública en general, y el campo de los profesionales de la comunicación y la publicidad en particular. Tanto en su contenido como en su forma. Términos provenientes del discurso médico como “grupos de riesgo”, “enfermos de sida”, “contagio”, “portador sano”, se asocian a otros propios de la crónica diaria como “víctimas inocentes”, “drogadictos”, “prostitución”, “pandemia”, “flagelo”. Así, con el objetivo de lograr altos niveles de impacto y recordación (y con mayor o menor conciencia por parte de los creativos), los mensajes de prevención se ven permeados por los prejuicios de la comunidad a la cual se dirigen. Un ejemplo. Cuando una publicidad comienza presentando a los “grupos de riesgo” para después, y buscando el impacto, identificarlos con la población general (basta con ser homosexual/basta con ser humano), ¿no reafirma tácitamente la inequidad que pretende borrar? Y a la vez, ¿no borra las diferencias reales que hacen de esas personas colectivos particulares –identidad sexual, condiciones sociales, legalidad o ilegalidad de las sustancias consumidas– reafirmando el estigma que pesa sobre ellas?

Pero volvamos al lugar que se les otorga a las PVVS en mensajes y campañas porque, como se dijo, es la piedra angular de toda estrategia de comunicación. Una característica de las campañas de prevención, cuyas raíces pueden también reconocerse en el discurso médico epidemiológico, es que son pensadas como campañas de **prevención primaria** dirigidas por lo tanto a una “*población general supuestamente sana*”.

Esta definición abre un doble juego de diferencias: una, respecto de “los enfermos”; otra, respecto de las “poblaciones particulares”.

Al dirigirse a los *supuestamente sanos*, estas campañas desconocen que la infección por VIH tiene un largo período asintomático, por lo cual sus destinatarios –todos nosotros– no pueden establecer si están sanos, infectados o enfermos. Plantear como obvia una diferencia que no lo es (los sanos vs. los enfermos) no hace más que afianzar la falsa sensación de seguridad de quienes “prefieren creerse sanos” que, una vez más, somos la mayoría de los mortales.

Pero además, las personas que sí saben que viven con el virus también necesitan apoyo, políticas y mensajes que los ayuden a cuidarse. Un diagnóstico de VIH no les garantiza poder adoptar medidas de prevención de manera automática. Al igual que la “población general” –que aun sabiendo que se expone a una posible infección no se cuida–, las personas con VIH también encuentran dificultades para cuidar de su propia salud. Y sin embargo **no son interpeladas por estos mensajes**. Y por si hiciera falta recordarlo, las maneras básicas de cuidarse de una infección son idénticas a los modos de prevenir reinfecciones.

Un ejercicio interesante es leer, mirar o escuchar los mensajes –no importa su soporte, destinatario o estilo– desde el punto de vista de una persona con VIH. Se verán así los “matices” que existen entre decir: “Lo mejor que puede pasarte es no infectarte”, “No te infectes”, “Así se evita la transmisión del virus”, “Que no te sorprenda el sida”, “Cuidate”, “Cuidate y cuidá a los demás”, etcé-

tera... Reiteramos la idea con la que comenzó este apartado: todos/as vemos los mensajes; las personas con VIH somos todos/as. No hay dos mundos ni puede haber dos campañas.

El mismo ejercicio se puede hacer con cualquier grupo considerado "vulnerable". Se descubrirá así que es posible elaborar mensajes para la población "HSH", los usuarios de drogas, los adolescentes, etcétera, dentro de las campañas para población general. Basta con no negarlos, no estigmatizarlos o no considerarlos fuera de esa población.

Como señalan Parker y Aggleton (2002):



La tendencia de los programas gubernamentales a priorizar acciones dirigidas a reducir el riesgo de infección de la parte de la población conocida como "población general" suele hacerse a expensas de las poblaciones percibidas como de "alto riesgo" (...) cuya vulnerabilidad a la infección por VIH es implícita o explícitamente evaluada como menos importante y de prioridad más baja que la de la inocente población general (...) El término población general es de hecho una máscara para hombres y mujeres heterosexuales activos; el término grupos de alto riesgo normalmente se refiere a hombres homosexuales activos, trabajadoras sexuales, drogadictos que se inyectan y otros. Las presunciones de inocencia y culpabilidad, de dignidad en oposición a un comportamiento indigno y otras parecidas, abundan en dondequiera que estos programas y políticas existen, a pesar de las intenciones positivas de aquellos que los formularon e implementaron.

¿Cómo romper esta trampa? En principio, centrándonos más, como ya dijimos, en la necesaria transformación social que supone responder al VIH que en la pretensión de cambiar conductas. Asociando nuestros mensajes de prevención a la lucha por la igualdad ante la ley, los derechos humanos en general y el derecho a la salud en parti-

cular. Dirigiendo nuestros mensajes al “fondo” (la población general) y a la “figura” (los grupos “vulnerables”) al mismo tiempo y como parte de un todo. Entendiendo que la “mayoría” sigue siendo “un sector” de la sociedad y que los “grupos vulnerables” son parte de la población general. Y, desde el Estado, incorporando al discurso elementos extradiscursivos: normas legales, marcos políticos, lugares de apoyo, recursos disponibles, sanciones aplicables en casos de violación a los derechos de las personas. Dicho con una expresión horrible pero ilustrativa, ejerciendo el poder de policía que sólo el Estado puede detentar de manera legítima (como bien señalaba, aunque hablando de otras cosas, el maestro Max Weber).

Y entonces ¿qué decimos?

Es cierto que hasta aquí se habló mucho de todo lo que no hay que hacer o decir. Pero también es cierto que los errores y las dificultades parten muchas veces de la tendencia **a llenar con cualquier cosa el vacío y la incertidumbre con que la problemática del VIH nos enfrenta**. No es tan difícil saber lo que hay que decir, hace falta poder decirlo sin ser un mentiroso (contar con los recursos que garanticen que nuestros mensajes no son sólo mensajes) y animarse a decir algunas cosas aunque eso nos traiga algún tipo de incomodidad, personal, institucional o política. Hay que estar dispuestos a lidiar, a meternos, con:

- El deseo, el placer y la sexualidad de la gente.
- La desigualdad social con sus consecuencias sobre la vida cotidiana de las personas.
- Las relaciones de poder (político, económico y simbólico) presentes en la sociedad, en las que cada uno (incluida la Coordinación Sida, es decir el Gobierno) ocupa un lugar que no ha definido.
- La finitud de la vida.

En otras palabras, tenemos que hablar de **sexo, poder y muerte**. Los temas que conforman la estructura básica

de las telenovelas de la tarde, herederas del melodrama, y también de las grandes tragedias universales antiguas o modernas: Edipo era rey, se acostó con su madre y mató a su padre; Hamlet era príncipe, mató a su tío porque se acostaba con su madre y además había matado a su padre que era el rey y que también terminó muerto; etcétera.

Parece ser que para poder hablar de estos temas tenemos que ponerlos en un escenario o en una pantalla, es decir "afuera", para así quedarnos a resguardo en la platea o en el sillón frente a la tele. Con esta distancia asegurada podemos "engancharnos" y llorar desconsoladamente por lo que está pasándole a ese otro que actúa. Pero en el lenguaje del sentido común, en nuestra vida cotidiana, estos temas quedan borrados. En el mejor de los casos, cuando se los aborda (por ejemplo en escuelas, en talleres para equipos de salud, etcétera), al **sexo** se lo convierte en **anatomía** ("pene, vagina, ovarios" pero de... ni hablar), al **poder** lo disfrazamos de **relativismo cultural** ("a las mujeres hay que hablarles como mujeres"; "hay que hablar con los curanderos para ver cómo ponerlos del lado de los médicos", etcétera) ¿Y la **muerte**? De eso, mejor nada... porque da miedo.

Y vale una aclaración: "hablar de minas" entre varones heterosexuales o "chusmearse todo" entre mujeres no tiene nada que ver con "hablar de mi sexualidad con otras personas". Del mismo modo que decir "mi jefe es un inútil" no significa tener clara la relación de poder que "ese inútil" ejerce sobre mí y que no puedo cambiar. Estos estereotipos (que también reproducen los culebrones de tévé) son, justamente, una de las maneras de construcción simbólica del poder y la sexualidad que permiten hablar de ellos sacándoles el cuerpo a las palabras, o más exactamente, dejando a las palabras sin cuerpo que las pronuncie ni cuerpo que las escuche. Sin oídos ni ojos que se ruboricen o se ofendan, sin músculos que se tensen, dientes que se aprieten o partes que se humedezcan.

Aceptando esto, la clave está en encarar los problemas sabiendo que son tales. Una campaña de la Comisión Nacional de VIH-sida de Barbados orientada a la población femenina⁵ para promover el uso del condón mostraba a una mujer de clase media baja **“ensayando” ante el espejo** cómo plantearle el tema al marido. La mujer practicaba: “Quie-ro-que-u-ses-un-con-dón”. Con ese solo gesto ponía de manifiesto que sabía cómo cuidarse, que no podía hacerlo y que le costaba hablar con su marido. Situaciones **reales** aunque de ficción. Por supuesto, con su ensayo “invitaba” a las mujeres a encarar el asunto, (finalmente estamos hablando de una campaña), pero lo central es que esa invitación/mensaje partía de reconocer el problema y no de negarlo. Aun sin conocer los resultados de dicha campaña, es posible afirmar que estaba mejor orientada que muchas otras publicidades que todos hemos visto en las que mujeres de clase media nos dicen (con actitud entre superada y catedrática) que ellas sin preservativo no tienen ni tendrían sexo con nadie.

COSAS Y PALABRAS

¿Cuántas veces hemos leído o escrito que es muy importante entender la diferencia entre VIH y sida? ¡Y cuántas veces hemos explicado esta diferencia diciendo que VIH significa “Virus de la Inmunodeficiencia Humana” y que sida, en cambio, es el “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” (para luego detallar el significado de cada una de estos términos)! ¿Cuántas veces hemos hecho esto sin darnos cuenta de que esa es la diferencia entre *las palabras* VIH y sida? Que en la realidad, para las personas de carne y hueso, la diferencia entre tener VIH o sida no es otra que la de estar sano o enfermo, sentirse bien o sentirse mal, vivir tranquilo o asustado.

Al encarar la tarea de comunicación se plantea algo parecido, ¿cuántas veces hemos definido teóricamente la diferencia entre una campaña atemorizante que genera parálisis y otra inclusiva que llama a la proactividad? Pero

⁵ “Speak sister”. Se puede ver el spot al que nos referimos en el DVD editado en 2006 por la Organización Panamericana de la Salud bajo el nombre “VIHdeo América, una antología de 10 años de anuncios de televisión sobre el VIH en las Américas”. Se encuentra bajo el código BAR06. Hay más material relacionado con “VIHdeo América” disponible en internet: www.phao.org/vihdeoamerica.

en el momento de hacer un dibujito, escribir un texto, grabar un testimonio, la diferencia deja de ser teórica y tiene que estar en las cosas mismas.

¿Cómo hacer de la comunicación una pieza central de la política de prevención y no una mera herramienta para la transmisión de información? En otras palabras, ¿cómo hacer lo que decimos que hay que hacer? Y más concretamente aun, ¿cómo lograr que nuestros criterios y objetivos políticos se expresen en cada pieza/iniciativa de comunicación?

Las palabras

Al hablar de la realización concreta de materiales y actividades de comunicación hay un elemento, entre todos los mencionados a lo largo de este apartado, que adquiere centralidad: la incorporación de los destinatarios en su realización. Este es uno de los temas más trillados en cualquier iniciativa asociada a la comunicación, a la promoción social, a la política en general, o a la participación como herramienta de transformación. Pero lo desafiante es saber cómo se incorpora a los actores sociales que, en nuestro caso, están ubicados de partida como destinatarios de una política pública. No basta con declamar demagógicamente que no son sólo destinatarios sino actores con derechos equivalentes a los de una institución de gobierno: no es verdad, no estamos ni de hecho ni de derecho en lugares simétricos.

Hay una sola manera de incluir a los actores involucrados en los diferentes procesos de comunicación: de verdad. Conociéndolos, escuchándolos, aprendiendo de y sobre ellos, previendo los posibles efectos de lo que se quiere hacer como política en sus realidades de vida. Averiguando si existimos o no para ellos, cómo nos ven, cómo nos valoran, qué esperan de nosotros y qué no.

Sin embargo, esto también puede resultar abstracto o apenas políticamente correcto. ¿Cómo se llega a ese conocimiento?, ¿interactuando con esos “destinatarios”? Sí, en la medida de lo posible, pero no únicamente. Nunca es po-

sible conocer en el sentido personal a cada uno de los probables lectores de una revista o un mural, o a cada uno de los que escucharán un spot de radio. Pero no es necesario un conocimiento en esa escala para, por ejemplo, difundir la existencia de un nuevo servicio público. En cambio, es imprescindible una entrevista previa de asesoramiento cara a cara para recomendar la realización o no de un test de VIH a una persona particular.

En todo caso, el problema de “conocer al receptor” excede ampliamente la tarea del área de comunicación. Implica como elemento imprescindible el trabajo intersectorial con otros miembros del equipo, que actuarán como eslabones y mediadores entre los que hagan la pieza y los que la reciban. Esto no sólo no quita “participación” a los destinatarios sino que puede ser la mejor manera para tenerlos presentes y para llegar a ellos con un material de comunicación. Porque permite reunir en dicho material un enorme cúmulo de experiencia de diversos actores que sería imposible alcanzar con una o diez entrevistas con algún miembro aislado del grupo o la comunidad a la que nos dirigimos. La solicitud de un folleto por parte de uno de los equipos territoriales es una “solicitud valorizada” en la medida en que está formulada desde una tarea, una necesidad y una experiencia mucho más pertinente que la que pueda tenerse en el equipo de comunicación.

Usada correctamente, una encuesta de hogares es una herramienta para conocer ciertas características de la población meta, tan válida como una charla cara a cara. De hecho la Coordinación Sida ha podido recabar información significativa sobre la realización del test de VIH en la ciudad a través de este instrumento estadístico al que se le incorporaron una serie de preguntas específicas sobre el tema (ver Capítulo IV.1). Y esto permitió elaborar un discurso político al respecto con bases firmes: “En la ciudad de Buenos Aires es mucha la gente que conoce su condición serológica y esto es bueno como respuesta social a la epidemia”.

Un grupo focal, por su parte, puede dar elementos sobre cómo será valorado cierto mensaje entre sus destinatarios, aunque no hayan sido parte en su redacción. En cambio, la elaboración conjunta de un folleto con los miembros del equipo local que lo difundirá puede garantizar que sea distribuido, pero tal vez no alcance para saber si será bien o mal recibido por sus destinatarios finales. La consulta con todos los centros de salud de un documento destinado a sus equipos puede ser deseable pero materialmente imposible, o puede llevar un tiempo que haga inútil el esfuerzo o la iniciativa que le dio origen; habrá que encontrar una manera de escuchar esa voz de manera indirecta, para evaluar –y aceptar o no– las posibles limitaciones del producto.

En el otro extremo podemos simplemente reproducir un material totalmente elaborado por otros actores en una suerte de apoyo tecnológico, actuando como imprenta o fotocopiadora. Pero ni siquiera en ese caso estaríamos evitando el establecimiento de un vínculo de comunicación con las personas o instituciones. Porque con ese apoyo técnico les estamos “diciendo” que tienen cierto poder, cierta legitimidad y también cierto compromiso para con el trabajo y para con nosotros, que nos vemos involucrados en algo que no manejamos.

Estos múltiples escenarios se pueden actuar como decíamos antes “de verdad” o *pour la galerie*. O, como siempre ocurre en realidad, con mayores o menores niveles de verdad y de *galerie*.

Las cosas (papeles, videos, páginas web, pero también palabras)

Un entramado de concepciones y representaciones da vueltas alrededor de cada una de las piezas concretas producidas por la Coordinación Sida. Si bien los interlocutores fueron diferentes (Jefatura de Gobierno, equipos de salud, mujeres que concurren a comedores comunitarios, operadores jóvenes, entre otros), en todos los casos fue-

ron necesarias muchas, muchas palabras en ida y vuelta. Esto es: rondas de conversaciones en las cuales había que desglosar los distintos objetivos que las piezas podían llegar a tener (y cuáles no) y cuál era el mejor modo para que dichos objetivos se plasmaran en cada una de ellas. En todas estas reuniones y conversaciones nosotros nos nutrimos de las visiones particulares tanto de quienes nos pedían una pieza de comunicación como de sus destinatarios, que no siempre coincidían. Como se señalaba antes, no son los mismos actores los profesionales residentes que trabajan en un centro de salud y nos piden un afiche que los adolescentes a quienes quieren llegar con ese afiche. Allí se juntaban nuestra perspectiva con su mirada “desde el lugar”, con la experiencia de cada uno y con el trabajo de cada uno con los “adolescentes”. El aprendizaje fue enorme.

*El equipo de comunicación como consultor
(función matricial)*

Progresivamente el miniequipo de comunicación también fue deviniendo un “consultor” para la organización de eventos que pudieran divulgar la disponibilidad de recursos. Como ejemplo: no nos resultaba posible abastecer de preservativos a todos los hinchas que van todos los domingos a la cancha de Nueva Chicago (club de fútbol que se incorporó a la red de prevención en la zona sur de la ciudad), pero sí podíamos definir “un día de campaña” para repartir folletos de difusión de recursos locales, inundar las tribunas de forros durante esa fecha y sugerir que el mensaje fuera tomado por los jugadores a través de declaraciones o con la confección de alguna bandera. El efecto de sensibilización sería más potente. Con el tiempo, y a partir de que nuestra producción se hacía más “conocida”, fue aumentando la demanda para la confección de volantes y afiches cuyo emisor no íbamos a ser nosotros o cuya autoría sería compartida. Nuevamente, se trataba de ver el modo en que podían confluír los in-

tereses de actores y colectivos cuyas misiones acaso fueran diferentes.

De repente, casi sin darnos cuenta, lo que llamábamos “folletos de entrecasa” (porque, además de elaborar sus contenidos, los podíamos diseñar nosotros y fotoduplicarlos a bajo costo) crecían en nuestras computadoras de un modo fabuloso. Notamos que si bien todos los CePAD solicitaban piezas más o menos similares, cada uno tenía particularidades por el público, la zona o los vínculos del lugar con esa zona y ese público. La realidad del VIH-sida era vivida de manera diferente en cada sitio, población o institución.

A estas diferencias entre lugares hay que agregar los cambios a lo largo del tiempo. En sucesivas reediciones, modificábamos imágenes que, si bien habían generado alguna empatía con cierto público, ya no funcionaban. En el mismo sentido, resulta interesante analizar el contraste entre un folleto hecho en oportunidad de la inauguración de un servicio y otro orientado a sostenerlo y difundirlo una vez establecido. No son para nada lo mismo.

El elemento fundamental de la producción y distribución de estos volantes fue el diálogo con un montón de gente de lo más diversa. Con mayor o menor fluidez, con consenso casi inmediato y hasta con luchas francamente encarnizadas, por cada palabra impresa, un torrente enorme de ideas había ido y vuelto entre el miniequipo de comunicación, el de la Coordinación, algunos diseñadores, muchísimos profesionales, administrativos, vecinos, docentes, representantes de organizaciones comunitarias, de trabajadoras sexuales, y otros.

Bien mirado (y bien hecho), cada material de comunicación es estratégico

Las piezas de comunicación fueron mostrando otras potencialidades y complementando los objetivos estratégicos de la Coordinación. Por ejemplo, como ya se mencionó, la publicación de los datos epidemiológicos en la

revista *Infosida* sirvió para revalorizar un lugar de la práctica médica que podía considerarse casi administrativo. En otros casos, la presentación en forma de libro de “recomendaciones” (vinculadas a la prevención de la transmisión vertical y la salud reproductiva de las PVVS o a la profilaxis post exposición) materializaba el reconocimiento de esas prácticas, al tiempo que permitía a los actores involucrados en su redacción verse a sí mismos como parte de un colectivo que antes no habían percibido como tal.

También, cuando se buscó ampliar la red de prevención de la ciudad abriendo nuevos espacios institucionales en ámbitos no explorados e incluso adversos, los materiales gráficos sirvieron como disparador de vínculos. Eran casi una excusa para empezar a hablar, una tarjeta de presentación institucional y un muestrario de los recursos que estaban disponibles para cualquier futuro trabajo.

Por otro lado, en cada una de las acciones de capacitación, las diferentes publicaciones sirvieron como bibliografía o como instrumento concreto para iniciar o continuar las actividades de los distintos equipos en sus territorios. De hecho, casi todas las capacitaciones, cualquiera fuese su eje principal, incluyeron un módulo sobre qué entendemos por comunicación, cuáles son las particularidades a la hora de hablar de VIH-sida, cuáles pueden ser los mejores (o los peores) modos de transmitir un mensaje y cómo adecuarlo a quien le estamos hablando.

Comunicar el trabajo de todos: reconocer, aceptar, incluir

Empezamos este apartado afirmando que la comunicación fue concebida desde un principio como un área transversal a todas las que componen la Coordinación Sida. Pasados los años, podemos decir que esa transversalidad dio sus frutos; que es posible percibirla como un elemento clave de los procesos de trabajo que tuvieron lugar durante la gestión.

Sin pretender hacer de estas líneas un tratado de

comunicación organizacional, parece importante destacar que los logros obtenidos –cuya dimensión cada uno evaluará– no fueron producto del azar, sino el resultado de sucesivos ajustes operativos que siempre buscaron ser coherentes con el plan original de la Coordinación, definido en las misiones, visiones y en los objetivos estratégicos.

El hecho de que muchas de las áreas que componen la Coordinación Sida solicitaran el asesoramiento y la intervención del equipo de comunicación para, por ejemplo, ser parte en talleres de capacitación o para realizar distintos materiales de prevención –llámense dípticos, trípticos, cuadernillos, rotafolios o videos– puso en juego un doble movimiento que resultó muy importante para alcanzar algunos buenos resultados. Por un lado, era una demostración de confianza del resto de los compañeros hacia nuestro miniequipo, pero sobre todo significaba el reconocimiento al trabajo del área de comunicación: nos dimos cuenta de que muchas de las políticas que se definían desde la Coordinación –cualquiera fuera el ámbito en que surgieran– podían cristalizarse en productos reales destinados a personas reales. Y por otro lado, permitió darle unidad a todos los discursos que tuvieron como enunciador a la Coordinación. Luego de siete años de gestión, creemos que es posible afirmar que la coherencia sostenida en el plano discursivo también contribuyó para consolidar la identidad institucional.

Además de la mencionada *Infosida*, otras piezas de comunicación pusieron de relieve el trabajo cotidiano de distintos actores como un modo de mostrar la manera en que los objetivos generales, por ejemplo prevenir la transmisión del VIH en la ciudad, se plasman en lugares concretos y en personas que saben cómo hacerlo.

“Herramientas preventivas en acción” es un boletín digital (al que internamente llamamos newsletter) que



se puede consultar en el sitio web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Difunde experiencias y modalidades de trabajo de algunas personas y organizaciones que pueden servir a otros de muy diversas maneras: como pistas para el desarrollo de nuevas estrategias preventivas, espacios a los cuales recurrir o consultar, o simplemente, como punto de comparación con las propias prácticas. Pero además –y este no es un dato menor– para los actores de estas experiencias, su publicación fue un reconocimiento de la relevancia de su labor.

Entre las vivencias personales gratificantes de estos años se cuenta la de ir a visitar un lugar de la red territorial de prevención y ver que se han tomado el trabajo de imprimir un “newsletter” para pegarlo en su cartelera. O escuchar, de un trabajador de otra área de gobierno –por fuera del sector Salud– que su director no entendía muy bien “qué era eso de trabajar con la Coordinación Sida”, ni “qué tenían que hacer los preservativos en la recepción”, hasta que vio que un periódico barrial difundía la distribución de condones en la institución a su cargo y que, además, reconocía esta política como un recurso valioso para los vecinos. O ver en el diario del domingo al cartonero que, mientras trabaja, reparte preservativos en su carrito (donde además lleva, plastificado, el certificado de que ha hecho una capacitación con el equipo de la Coordinación).

En estas pequeñas anécdotas también reside el espíritu del que hablábamos al principio: ninguna acción de comunicación es efectiva por sí sola. Si un folleto no está vinculado con recursos concretos, es muy posible que termine en la basura. Pero además la comunicación tampoco será efectiva si no se hace cargo de la existencia de esas zonas grises de las que en general no se habla: la distancia que hay entre la comunidad y las instituciones del Estado, la necesidad de reconocimiento de propios y extraños o las dificultades para que equipos y usuarios conquisten su autonomía.

El ciclo de microprogramas televisivos “VIH: Vivir en positivo”, editado también en soporte digital, constituyó otro tipo de material y abrió nuevas posibilidades para enriquecer el trabajo preventivo. Un primer elemento a destacar de estos programas es el marco institucional de su producción y difusión. Confluyeron para su realización una productora independiente, el canal Ciudad Abierta (una señal de cable del Gobierno de la Ciudad) y la Coordinación Sida, responsable básicamente de los contenidos. Instalar en un formato mediático (aunque se tratase de un canal por cable) una mirada sobre el VIH que no fuese la típica de los medios de comunicación, constituía en sí mismo un desafío. Los técnicos de la productora con sus pautas de trabajo fuertemente establecidas, los directivos del canal con una posición también muy definida sobre el tipo de contenidos y calidad exigibles, y la perspectiva preventiva de la Coordinación no siempre iban para el mismo lado.

La definición del eje “vivir en positivo” y la utilización de la sigla VIH y no sida en su título implicó un primer acuerdo entre estos actores institucionales: se trataba de mostrar la realidad de la epidemia a principios del siglo XXI con un sentido positivo y, a la vez, expresar la complejidad del tema eludiendo los maniqueísmos y estereotipos propios del discurso mediático.

La estrategia para avanzar en esta línea fue la de dar protagonismo en todos los capítulos (doce en total) a personas con VIH. Los acuerdos con estas personas en el marco de la producción de cada programa fueron el lugar de resolución de muchas discrepancias. Por supuesto que al juntarnos personas con saberes e intereses (técnicos, políticos e institucionales) particulares, hubo momentos de tensión, emoción y conflicto, pero fueron mucho más fuertes el aprendizaje y el compromiso de todos los que participamos desde un lado u otro de la cámara.



Un último rasgo que queremos señalar es la “tematización” de la problemática del VIH propuesta por el ciclo. Resolvimos organizar cada programa en torno a un eje asociado fuertemente a la vida cotidiana. Los criterios fueron amplios y muchas veces las lógicas se superpusieron (como en la vida cotidiana). Algunos programas se organizaron en torno a determinado ámbito (la familia, la escuela, el trabajo). Otros, a problemas vividos generalmente de manera individual (el preservativo, el test, la medicación). Otros, a cuestiones más vinculadas con lo social (la discriminación, los mitos). Y otros presentaron miradas de grupos o poblaciones con una relación particular con la epidemia (los médicos, las minorías sexuales, las mujeres). Nos resistimos, con éxito, a la manera tradicional e informativa de encarar la comunicación (¿qué es el VIH? > ¿cómo se transmite? > ¿cómo se previene?), que transforma cualquier iniciativa de prevención en un una clase magistral (y a veces ni siquiera magistral).

La imagen de la espiral: giramos en torno a los mismos objetivos pero cada vuelta, un poco más arriba

Durante estos años hemos hecho y rehecho muchas piezas de comunicación. Reimpresiones y reediciones de todo tipo de material. Para terminar quisiéramos mencionar una de esas actualizaciones que implican un último ejemplo de cómo lo mismo se hace diferente en base a la experiencia del equipo y a los cambios que marca la realidad.

Al comienzo de la gestión (junto con la aficheta de la “mamadera”) editamos un afiche de promoción del testeo que, entre otras cosas, decía: “Test del SIDA” y enumeraba los hospitales de la ciudad como lugares donde hacérselo de manera gratuita y confidencial. El uso de la palabra sida en vez de VIH se justificó en ese momento en la necesidad de generar *impacto* para instalar una cuestión casi desconocida. Por su parte, los complejos

pasos burocráticos que implica hacerse el test en un hospital general hicieron que la inclusión de los hospitales terminara siendo un mensaje hacia adentro del sistema de salud (sobre su obligación de brindar este servicio) más que un recurso real para los usuarios. En esta primera etapa, el mensaje para la población general era más de sensibilización (el test existe y me lo puedo hacer), información (se incluían líneas de teléfono gratuitas) y de promoción de derechos (se puede hacer gratuita y confidencialmente) que de promoción de un servicio realmente accesible.

Al promediar la gestión, este afiche cambió su tamaño (se hizo más chico y por lo tanto más fácil de ubicar en un interior), su título pasó a ser "Test de VIH" y los lugares de referencia, los CePAD. El tiempo entre uno y otro afiche hizo la diferencia: se instaló el testeo voluntario como política en la ciudad; la posibilidad de vivir con VIH y sin sida pasó a ser una realidad constatable para el grueso de las personas infectadas (cada vez hay menos casos de sida y menos mortalidad por sida) por lo cual cada vez más gente percibe que hacerse el test tiene sentido. Y, por supuesto, se abrieron más de 20 CePAD y 250 lugares de prevención donde colocar estas afichetas.

Otros muchos ejemplos, con errores, contradicciones y algunas buenas ideas, podrá descubrir el lector interesado revisando los "papelitos" y videos que hicimos durante estos años. A continuación se presenta el listado de los principales materiales de comunicación realizados por la Coordinación. Allí se señala cuáles están disponibles en el sitio web del Gobierno de la Ciudad (www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida).

- hechos y palabras

Materiales producidos por la Coordinación Sida		
MATERIAL	TIPO	OBJETIVO
"¿Querés hacerte el test de VIH?"	Aficheta	Promoción del testeo
"¿Querés hacerte el test de VIH?"	Tríptico	Promoción del testeo
"Embarazo y sida"	Tríptico	Promoción del testeo para las mujeres en edad fértil y sus parejas
"Hablemos de VIH y sida"	Cuadernillo	Guía de información básica sobre VIH-sida *
"En las escuelas de la ciudad hablamos de VIH y sida"	Tríptico	Guía de información básica sobre VIH-sida
"¿Alguna duda?"	Aficheta	Promoción del preservativo
"¿Querés hacerte el test? ¿Precisás preservativos?"	Volante	Promoción del preservativo y listado de CePAD
"Algo de sexo" información sobre sexualidad, anticoncepción y formas de prevención de ITS	Cuadernillo	Material para talleres con jóvenes con promoción del testeo y preservativos
Instructivo de "Algo de sexo"	Cuadernillo	Recomendaciones para los talleristas
"Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes". Actualización 2004 "Éxitos médicos, desafíos humanos, reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH". Informe final	Libro	Material para el equipo de salud *
"¿Precisás preservativos?"	Volante	Promoción del preservativo
"Idoneidad en el uso de preservativos"	Carnet y diploma de uso correcto del preservativo	Material para entregar en talleres
"Acercate"	Aficheta	Promoción de recursos locales
"Salud, sexualidad y VIH-sida" Actualización para docentes	Libro	Bibliografía para docentes y dinámicas para el trabajo con alumnos *
"VIH: vivir en positivo"	Video	Ciclo de programas con testimonios de PVVS
"Sexualidad y cuidados" Información y asesoramiento sobre reproducción, anticoncepción, ITS y VIH-sida	Rotafolio	Material de apoyo para el trabajo cara a cara *
"Centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico: herramientas para su desarrollo"	Libro	Material para los equipos de prevención *

MATERIAL	TIPO	OBJETIVO	
"Vivir en positivo"	Tríptico	Información básica para orientar a personas que reciben un resultado positivo	*
"Vivir en positivo"	Libro	Guía para personas con VIH, familiares y amigos	*
"Diario positivo"	Revista	Publicación de y para personas con VIH	*
"Penes de madera"	Material didáctico	Para talleres de uso correcto del preservativo	
"Forros gratis"	Desplegable	Material para jóvenes con promoción del testeo y del preservativo	
"Guía de recursos preventivos"	Cuadernillo	Listado de bocas de distribución de preservativos y material preventivo	
"Salud + cuidarte"	Tríptico	Promoción del testeo y del preservativo	
"Profilaxis post exposición"	Cuadernillo	Recomendaciones para la post exposición en accidentes laborales y no laborales	
"Infosida". 5 ediciones	Revista anual	Publicación oficial con información epidemiológica e institucional	
"VIH +: métodos anticonceptivos y planificación del embarazo"	Tríptico	Métodos anticonceptivos y planificación del embarazo	
"VIH +: cuidados del embarazo"	Tríptico	Cuidados del embarazo para mujeres con VIH	
"¿Alguna duda?"	Desplegable con preservativo	Promoción del preservativo	*
"Día de los Enamorados"	Afiche vía pública	Instalación pública de la Coordinación Sida	
"Diez preguntas"	Díptico con preservativo	Información básica sobre VIH-sida y promoción del preservativo	
"La única manera de sacarte la duda"	Afiche	Promoción del testeo	
"La única manera de sacarte la duda"	Tríptico	Promoción del testeo y del preservativo	*
"¿Alguna vez pensaste en hacerte el análisis del HIV?"	Volante	Promoción del testeo	
"Somos muchas las personas que vivimos con VIH"	Aficheta	Prevención secundaria. Promoción de los grupos de pares	
"Atención de la salud de personas travestis y transexuales"	Libro	Orientación para la atención de personas trans	*
"Cuidados para la salud"	Tríptico	Lugares de atención amigables para personas trans	*

- hechos y palabras

MATERIAL	TIPO	OBJETIVO
Campaña “Tres preguntas”	2 volantes y 1 sticker	Sensibilización
“Tacones”	Volante	Recursos para personas travestis
“Tacones”	Tarjeta	Recursos para personas travestis
“Tacones”	Folleto	Recursos para personas travestis
“¿Yo podría tener VIH?”	Folleto	Promoción del testeo
“¿Yo podría tener VIH?”	Afiche vía pública	Promoción del testeo
“¿Yo podría tener VIH?”	Spot televisivo	Promoción del testeo
“¿Yo podría tener VIH?”	Aficheta	Promoción del testeo
“La única persona que puede obligarte a hacerte el test de VIH es la que te está mirando”	Sticker para espejos de baños públicos	Promoción del testeo
“Alcohol, pasta base, cocaína”	Díptico	Reducción de daños
“1er. Encuentro de políticas de prevención de la ciudad”	Cuadernillo	Difusión de las conclusiones del encuentro
Concurso de historietas: “Dossier bibliográfico y guía de trabajo”	Dossier bibliográfico	Material para los docentes
Concurso de historietas: “Bases y condiciones”	Cuadernillo	Material para los alumnos
Concurso de historietas: “Historietas ganadoras”	Revista	Material para los alumnos
“Uso correcto del preservativo”	Afiche vía pública	Promoción del preservativo *
“Test de sida”	Afiche vía pública	Promoción del testeo
“HIV +”	Afiche vía pública	Campaña contra la discriminación a PVVS
“La única manera de sacarte la duda”	Tríptico	Promoción del testeo
“Noticiero: difusión de servicios preventivos y asistenciales”	Spot televisivo	Difusión de servicios preventivos y asistenciales
“Mejor con forro”	Sticker	Promoción de la entrega de preservativos in situ
Portal www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida	Web	Información institucional y recursos *
Folleto locales	Volantes	Difusión de recursos locales, realizados a pedido de los equipos de prevención
“Herramientas preventivas en acción”	Electrónico	Boletín digital de difusión de experiencias en terreno *

* Disponible en www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/sida

BIBLIOGRAFÍA

- Ampuero Albarracín, J. En *Acción en Sida* N° 41, Octubre-Diciembre 2003, en www.accionensida.org.pe [Consulta: 25 de septiembre de 2007].
- Amstrong, Sue, "Community Health Media Trust (Agrupación de medios sobre salud comunitaria): dar voz a las personas que viven con el VIH". En *Transmitir el mensaje: los medios de comunicación y la respuesta al SIDA*, Colección "Prácticas óptimas" de Onusida, Ginebra, marzo de 2006.
- Panos Institute, *Missing the message? 20 years of learning from HIV/AIDS*, The HIV/AIDS Programme, London 2003. www.panos.org.uk
- Puig Picard, T., *La comunicación municipal cómplice con los ciudadanos*, Colección Tramas sociales, Buenos Aires, Paidós, 2003.
- Puig Picard, T., *Se acabó la diversión. Ideas y gestiones para la cultura que crea y sostiene ciudadanía*. Paidós, Colección Tramas sociales, Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Secretaría de Salud, GCBA, "Plan estratégico del VIH-sida de la ciudad de Buenos Aires", Buenos Aires, 2001.
- Rojo, A., "Sentir que es bueno escuchar es empezar a comunicarnos". En *Infosida*, N° 4 pp. 36-41, Buenos Aires, noviembre de 2004.
- Parker, R. y Aggleton, P., *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción*. Documentos de trabajo N° 9. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, México DF, 2002.



LOS CENTROS DE PREVENCIÓN, ASESORAMIENTO Y DIAGNÓSTICO (CEPAD): UN DISPOSITIVO ARTICULADOR DEL PROCESO DE PREVENCIÓN/ATENCIÓN

Luciana Gennari

Adriana Basombrío

Blanca Carrozzi



La epidemia de VIH-sida ha promovido una reflexión en el sistema de salud, y particularmente en los equipos de los diferentes servicios, sobre el modo en que se llevan adelante ciertas prácticas. Prácticas sostenidas en el tiempo cuya eficacia pocas veces ha sido objeto de una evaluación sistemática. El desarrollo de actividades preventivas en espacios diferentes a los de la asistencia, la dificultad de incorporar a nuestro trabajo el discurso y la historia de los sujetos que consultan en los servicios de salud o la negación de la asimetría de poder que existe de hecho entre los equipos y los usuarios, e incluso dentro de los propios equipos, son algunos ejemplos de este tipo de prácticas. El testeo para VIH es uno de los campos donde podemos observar con mayor claridad las tensiones y pujas entre estos modos instalados de hacer las cosas y los modos alternativos que buscan instituirse.

Desde su creación a fines del año 2000, la Coordinación Sida ha hecho del acceso a las pruebas voluntarias con asesoramiento uno de los ejes centrales de su estrategia de prevención. Para ello ha promovido la creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD); espacios para la promoción del testeo voluntario que articulan prevención y asistencia, accesibles para aquellos grupos que tradicionalmente han encontrado barreras para utilizar los servicios de salud, ámbito propicio para el fortalecimiento de la autonomía de las personas y puerta de

entrada a la atención y acompañamiento para aquellas personas que ya están infectadas.

La novedad no fue el testeo para VIH en sí mismo –que ya se realizaba en todos los hospitales públicos de la ciudad–, sino el porqué, el para qué y el cómo llevarlo adelante. La construcción de los CePAD sigue la lógica de trabajo definida para todas las acciones de la Coordinación Sida. En este sentido, dos de las ideas rectoras del funcionamiento de estos espacios son el respeto por la voluntad de las personas de conocer su estado serológico y el fortalecimiento de espacios donde los usuarios y los equipos de salud puedan conversar sobre sus temores, padecimientos y saberes.

Como se podrán imaginar los lectores, estos principios no son los habituales en el modelo de atención vigente. Por ello, la posibilidad misma de existencia de los CePAD requirió instalar nuevas maneras de trabajar la epidemia y obligó a repensar sobre qué marcos conceptuales nos apoyamos.

Objetivos de los CePAD

Las tareas de prevención, asesoramiento y diagnóstico requieren de una alta complejidad en materia de organización, capacitación y recursos humanos (“tecnología leve”). Pero no requieren de “tecnología pesada o de alta complejidad”. Por ello bien pueden ser realizadas en espacios del primer nivel de atención, como es el caso de los Centros de Diagnóstico en centros de salud de las ciudades de Rosario y Mendoza, entre otras ciudades de nuestro país. E incluso en espacios comunitarios, como lo muestran las estrategias desarrolladas por Nexo Asociación Civil e Intercambios (ONG dedicadas a la comunidad gay y a la reducción de daños en usuarios de drogas, respectivamente).

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

El objetivo general de los CePAD es desarrollar una política local de promoción de testeo voluntario y garantizar el rápido

acceso al mismo valorando la posibilidad de que cada entrevista y cada resultado entregado sean una apuesta a aumentar la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas.

Los objetivos específicos son:

- Articular las acciones de prevención del VIH-sida con espacios formales e informales de la vida social, potenciando las acciones por el trabajo articulado 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 el testeo voluntario en un marco de confidencialidad y autonomía como estrategia de prevención primaria y secundaria.
- Orientar y apoyar a las PVVS en la gestión de su diagnóstico.
- Promover la prevención de la transmisión vertical.
- Promover la reducción de daños en usuarios de drogas y en personas que viven con VIH.
- Construir un modelo de atención que brinde satisfacción a los usuarios y posibilidades de realización personal y gratificación a los miembros del equipo.

Haciendo historia

El primer CePAD de la ciudad de Buenos Aires comenzó a funcionar en octubre de 2000 como una iniciativa del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 2 (CeSAC N° 2, Área Programática del hospital Pirovano). Tras la conformación de la Coordinación Sida, en diciembre de ese mismo año, la promoción del testeo voluntario se definió como una de las líneas estratégicas y, por lo tanto, se dio un fuerte impulso al trabajo de apertura y fortalecimiento de nuevos centros.

Los requisitos mínimos para la conformación de nuevos CePAD fueron definidos del siguiente modo:

- Decisión política de la institución para implementar la tarea.

- Laboratorio de referencia para analizar las muestras de sangre.
- Articulación del espacio con por lo menos un hospital de referencia adonde fueran derivadas las personas que tuvieran un resultado positivo de VIH.
- Como mínimo dos personas capacitadas o dispuestas a capacitarse, que dispusieran de por lo menos seis horas a la semana para la tarea.
- Un extraccionista (puede ser la misma persona la que hace la extracción y la que realiza las entrevistas pre y postest), jeringas descartables, guantes, tubos, etiquetas identificadoras, espacio físico para realizar la extracción, descartador de jeringas.
- Material gráfico y/o estrategias de divulgación del servicio (radios comunitarias, redes de vecinos, redes barriales, derivación de hospital, etcétera).
- Material de apoyo (folletos, preservativos) para realizar las entrevistas pre y postest y/o para dar charlas informativas o educativas.
- Una heladera para el transporte de la sangre desde el centro al laboratorio.
- Un transporte para llevar la sangre desde el centro al laboratorio de referencia.

En mayo se iniciaron las gestiones para crear cuatro nuevos CePAD, uno en la recientemente inaugurada Casa Joven de Flores, de la Dirección de Juventud (Secretaría de Desarrollo Social) y otros tres en CESAC (el N° 20 del área del hospital Piñero, y los N° 5 y 7 del área del hospital Santojanni).

El CePAD de Casa Joven tuvo algunas características que merecen ser destacadas: fue el primero creado fuera del ámbito de salud y llevado adelante por un equipo de jóvenes que no tenían título profesional (con excepción del extraccionista). El gran desarrollo que a la fecha continúa teniendo –medido en términos de la calidad del equipo, del número de personas que acceden para hacerse un test y del alto porcentaje de resultados entregados– puso en evidencia la via-

bilidad de desmedicalizar la prueba del VIH. También tuvo el valor de habilitar simbólicamente lo que estaba expresado en las intenciones iniciales, esto es, que no era preciso ser médico y/o profesional de la salud para trabajar en la promoción del testeo voluntario y en el asesoramiento pre y postest.

Un pilar de la estrategia de creación de los CePAD ha sido el modelo de capacitación utilizado, que consta de diferentes momentos: una capacitación inicial que, partiendo de una agenda de temas básicos, termina siendo consensuada con el equipo local (ver Capítulo III); un trabajo fuerte de capacitación en servicio que se lleva adelante los primeros meses en los que se inicia el trabajo del CePAD; y una estrategia de capacitación continua.

Capacitación inicial

La estructura de la capacitación fue flexible y la cantidad de encuentros varió según la singularidad de cada institución. Las capacitaciones se formularon con ejes temáticos surgidos de la evaluación e intereses de los profesionales:

- Filosofía y principios básicos del CePAD.
- Datos epidemiológicos de la ciudad de Buenos Aires y respuesta a la epidemia.
- Aspectos biomédicos de la enfermedad.
- Aspectos legales.
- Cuestiones vinculadas con la transmisión vertical y la salud reproductiva.
- Nociones básicas sobre sexualidad.
- La entrevista de asesoramiento. Testeo voluntario. Pre y postest.

A la hora de elegir los docentes para las capacitaciones de los CePAD se buscó que participaran profesionales de los hospitales adonde serían derivadas las personas diagnosticadas con VIH, así como miembros de otros CePAD ya instalados. De esa manera se buscaba aumentar el conocimiento y el intercambio de los diferentes actores que conforman la estrategia global.

Capacitación en servicio

La capacitación en servicio es un espacio de transición pensado para facilitar la organización de los procesos de trabajo (antes de empezar) y el acompañamiento personalizado del equipo en sus primeros meses de funcionamiento.

Consiste básicamente en las siguientes tareas:

- 1 • Volver a evaluar los recursos con los que cuentan el equipo y la institución luego de finalizada la capacitación inicial.
- 2 • Organizar el esquema de trabajo, esto es la adjudicación y asunción de responsabilidades para el trabajo de coordinación, promoción, educación, asesoramiento, estadística y modalidades de registro.
- 3 • Articular y aceitar los canales de referencia y contrarreferencia con el hospital y/o el laboratorio donde serán procesadas las muestras de sangre.
- 4 • Entregar insumos y mostrar canales para abastecimiento (preservativos, folletos, material descartable para extracciones, etcétera).

Hasta fines de 2006 se pusieron en funcionamiento 20 CePAD en la ciudad, 13 ubicados en centros de salud, 3 en hospitales generales, 2 en el ámbito de la Dirección de Juventud, 1 en la Unión de Trabajadores de la Educación, UTE-CTERA Capital (organización gremial), y 1 en una organización civil gay (Nexo).

En 2002, cuando ya existían por lo menos cinco centros en funcionamiento y otros en proceso de constitución, se redactó y elevó para su aprobación la resolución N° 1.060/SS/02 de la Secretaría de Salud, que dio un marco formal al funcionamiento de los CePAD. Con esta resolución se articulan la legalidad y la legitimidad ganada por los centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico, al tiempo que queda establecida en una norma una modalidad de trabajo novedosa dentro del sistema de salud. Otro paso en esta articulación fue la edición, en 2005, de un documento sobre el desarrollo de los centros de diag-

nóstico, que fue previamente revisado y refrendado por los equipos que estaban funcionando en ese momento¹.

Además, desde el 30 de noviembre de 2003, y por un cambio en la reglamentación de la Ley Básica de Salud de la Ciudad, se disminuyeron de manera muy importante los obstáculos legales para que los menores de 18 años puedan acceder fácilmente al test de VIH.

Características y componentes del CePAD

El modelo de atención tiene tres componentes centrales.

- Componente de prevención y promoción:

Difunde la existencia de los servicios que se brindan desde el CePAD, distribuye información existente y actualizada sobre VIH-sida, promociona el uso del preservativo y el testeo voluntario. También da a conocer la política de reducción de daños, implementa actividades y mensajes que promuevan la no discriminación hacia las personas que viven con VIH.

Los espacios privilegiados de trabajo pueden ser: en el ámbito comunitario (espacios de recreación, comedores, actividades culturales, etcétera), eventos significativos para la vida de la comunidad (fiestas, actividades anuales), comercios de la zona (supermercados, lugares bailables, cibercafés, entre otros), medios de comunicación comunitarios (revistas barriales, radios comunitarias, etcétera), organismos gubernamentales cercanos al CePAD (CGP, escuelas, centros de salud), entre otros.

- Componente de educación:

Se entiende por tareas de educación a aquellas que requieren mayor tiempo, intensidad y calidad que las de información. Las actividades educativas se pueden realizar en diferentes instituciones, tales como escuelas, hogares de niños y adolescentes, comunidades terapéuticas, comedores comunitarios, casas de niños en situación de calle, y toda institución que demande la actividad. Pueden tener diferentes formatos, dependiendo de las habilidades e intereses del equipo, así como de las particularidades de las poblaciones con las que se trabaja.

¹ Centros de Prevención, asesoramiento y diagnóstico (CePAD): Herramientas para su desarrollo, Coordinación Sida, Secretaría de Salud, 2005.

- **Componente de asesoramiento:**

La entrevista de asesoramiento se caracteriza por ser un proceso de escucha activa, individualizado y centrado en el usuario. Presupone la capacidad de establecer una relación de confianza entre los interlocutores. Está pensada para diferentes situaciones, tales como ayudar a iniciar cambios de comportamiento para evitar una infección, prevenir la transmisión del VIH, prevenir la reinfección y para obtener mayor información acerca de cuidados médicos, preventivos, psicosociales y cualquier otro servicio que apueste a la salud de la persona. El asesoramiento se rige por una serie de principios: confidencialidad, accesibilidad, gratuidad y respeto por los derechos humanos reforzando la autonomía de las personas.

- **Accesibilidad y gratuidad:**

Los lugares donde se realizan las actividades de asesoramiento bajo esta modalidad son de fácil acceso, lo que significa contemplar horarios adecuados a las características de la comunidad a la que está dirigida dentro de las posibilidades de la institución donde está inserto el CePAD. El testeo es gratuito, atiende por demanda espontánea o recibe derivaciones de otras instituciones y profesionales de la salud. Se garantiza también la realización de la entrevista pre test y la extracción en una sola consulta. Los resultados deben devolverse en el menor lapso posible por el laboratorio de referencia (en la ciudad, lleva entre una semana y diez días).

- **Voluntariedad**

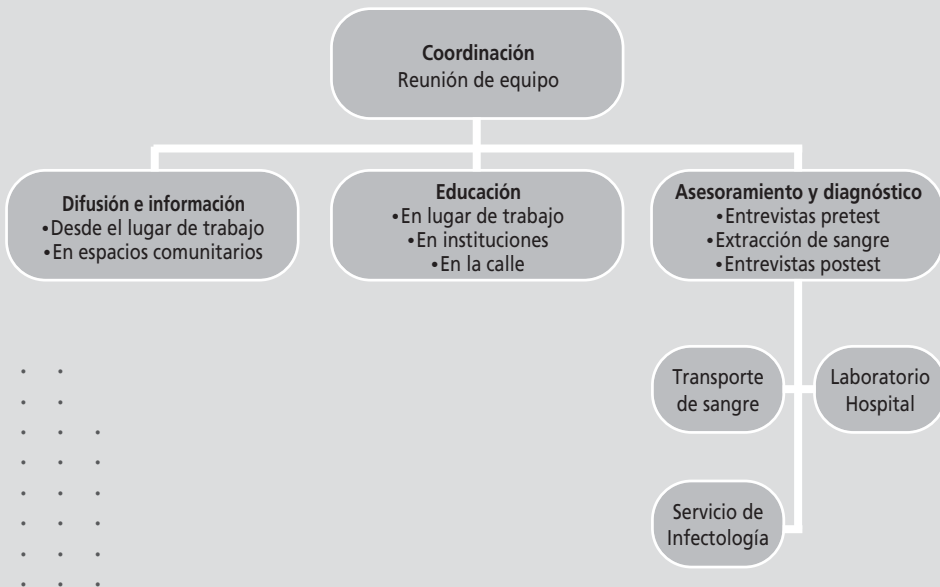
La voluntariedad implica que la decisión de realizarse el test es tomada por el consultante, quien puede cambiar de opinión en el marco de lo conversado durante el asesoramiento. El respeto de estas instancias le da contenido a la firma del consentimiento informado.

- **Confidencialidad**

La confidencialidad del asesoramiento y eventual estudio de VIH se garantiza por la privacidad del espacio físico donde se desarrollan las entrevistas, así como por el encu-

dre institucional. Además, los resultados del estudio sólo pueden ser retirados por la persona que lo ha solicitado.

Estructura del CePAD



Creciendo en calidad

A lo largo de estos casi siete años se han desarrollado criterios y metodologías de trabajo y se han detectado también dificultades que se reiteran durante el proceso de establecimiento y puesta en funcionamiento de los CePAD. La experiencia ha permitido definir con mayor precisión lo que serían estándares de calidad de este modelo tendiente a facilitar el acceso de la población al asesoramiento, los recursos de prevención y el diagnóstico de VIH. Estos es-

tándares de calidad tienen una dimensión interna (relacionada con el propio equipo y los demás actores de la institución en la que funciona) y otra externa (vinculada con los usuarios del servicio).

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

- Mantener la cohesión de los equipos, con propuestas sólidas para las personas que necesitan de ellos. Se trabaja con la convicción de que generar espacios de encuentro, autocrítica y reflexión permite a sus integrantes validar y cambiar estrategias para mejorar la práctica.
- Fortalecer las actividades concretas de referencia, contrarreferencia y de red para las extracciones, rotulaciones y envíos de las muestras de sangre, devolución de resultados y derivación en los casos en que resulte necesario. Esto implica mantener vínculos estrechos con los laboratorios y demás servicios involucrados.
- Fortalecer los CePAD ya existentes y generar nuevos espacios fuera del sector formal de salud. La experiencia ha mostrado muy buenos resultados en cuanto a la posibilidad de captar grupos de población distintos a los que se acercan habitualmente a los centros de salud (Casa Joven, UTE, Nexo).
- Facilitar y/o mejorar los vínculos entre los equipos de los CePAD y todos los integrantes de los centros de salud y hospitales donde los mismos funcionan.
- Precisar cada vez más las formas de articulación y responsabilidades de los diversos actores en el marco de las instituciones concretas (respetando sus características singulares), con el fin de disminuir posibles focos de conflicto y potenciar las tareas del conjunto.
- Acompañar en forma constante, y responder desde el nivel central –Coordinación Sida– a los equipos de los CePAD que se ven enfrentados a situaciones novedosas, diferentes o conflictivas. Esto incluye la necesidad de nuevas capacitaciones, gestiones entre equipos de

centros de salud/CePAD y hospitales, requerimientos de insumos básicos para el funcionamiento, resolución de posibles controversias, necesidad de espacios para disfrutar conjuntamente de los logros y la creatividad de cada uno.

Como otros componentes dentro de la Coordinación Sida, hemos elaborado anualmente planes operativos como una estrategia de evaluación de nuestros equipos, reevaluando en cada etapa los objetivos y las metas trazadas. Esto ha dinamizado los procesos y nos ha permitido redireccionar las prácticas y mejorar las competencias.

En un primer momento, se tomó como indicador privilegiado el número de análisis realizados en cada CePAD. Algunos equipos, sin embargo, comenzaron a registrar también el número total de entrevistas, que no siempre ni necesariamente debía coincidir con la efectiva realización del test. Luego se sumó el registro de los estudios retirados por los consultantes y la prevalencia obtenida a partir del número de resultados positivos. De este modo, los indicadores básicos de evaluación llevados hoy por el conjunto de los CePAD son cuatro:

- Cantidad de personas entrevistadas.
- Cantidad de tests realizados.
- Cantidad de resultados retirados.
- Cantidad de tests positivos.

Indicadores de los CePAD, 2003/2006

	2003	2004	2005	2006	Total
Entrevistas pre test	5.456	3.650	6.469	6.799	22.374
Tests realizados (%)	97,6	96,1	98,2	86,8	94,7
Tests retirados (%)	89,0	90,2	88,7	82,8	87,7
Prevalencia (%)	3,7	4,3	2,7	2,3	3,25

Además de estos indicadores cuantitativos, desde la Coordinación Sida se promovió la incorporación de nuevas herramientas tendientes a evaluar otras dimensiones del trabajo. Por ejemplo, la promoción y difusión de la presencia del CePAD en el barrio/zona de influencia, el número y tipo de tareas de educación desarrolladas con actores comunitarios (gubernamentales o no), el desarrollo de las entrevistas de asesoramiento pre y postest en todos sus aspectos (accesibilidad y gratuidad, voluntariedad, confidencialidad, agilidad y capacidad de resolución); la referencia y contrarreferencia con otros niveles del sistema y, dentro de la dinámica del equipo de trabajo, su organización, su momento de encuentro y de evaluación, su capacitación. Se han incorporado además indicadores que permiten evaluar la homogeneidad y calidad de las formas de registro de los datos y los procesos de acompañamiento.

La diferente historia de cada CePAD (algunos tienen seis años de existencia y otros unos pocos meses), su heterogéneo nivel de desarrollo y el relativamente pequeño número de prácticas en algunos, no permiten un análisis particular de los datos proporcionados por cada uno de ellos. Sin embargo, es posible diferenciar tres “tipos” de CePAD según su inserción institucional y territorial. Los “tipos” son:

- Los que funcionan en hospitales. Se caracterizan por una amplia oferta horaria (todos los días, sólo por la mañana y/o la mañana y la tarde), lo que redundó en un gran número de entrevistas anuales (alrededor de mil). Son los CePAD que entregan mayor cantidad de resultados positivos (mayor prevalencia). Su mayor desarrollo está centrado en el componente de Asesoramiento y poseen un bajo desarrollo en los componentes de Prevención y Educación, reproduciendo de esa manera posiblemente la tradición asistencial de la institución que lo aloja.
- Los que funcionan en centros de salud ubicados en

zonas de “villas de emergencia” o centros “territorializados”. Se encuentran en espacios con población muy vulnerable y focalizada. Realizan un bajo número de estudios anuales pero son los mayores distribuidores de preservativos de la red. Su mayor desarrollo está en los componentes de Prevención (preservativos, folletos, articulación con espacios comunitarios) y de Educación (trabajo de talleres con grupos específicos, trabajo con escuelas, etcétera).

- Los que funcionan en centros de salud y por fuera del sistema de salud, ubicados en lugares de acceso masivo. Si bien tienen horarios de asesoramiento relativamente acotados (una o dos veces por semana), el trabajo de difusión que realizan y el alto nivel de accesibilidad que tienen garantiza un número muy importante de tests anuales (entre 500 y 700). En general tienen también un desarrollo constante en los componentes de Prevención y Educación, lo que garantiza la fluidez de la demanda.

La evaluación dentro de la gestión

En estos años se han llevado a cabo diferentes encuentros de los que han participado representantes de todos los CePAD, cuyos objetivos han sido evaluar internamente lo realizado en cada período. En forma consecutiva se han presentado durante estos encuentros experiencias de CePAD que funcionan en ámbitos distintos, como se mencionaba anteriormente. Las diferencias evidenciadas durante las exposiciones siempre han servido para evaluar las gestiones particulares y, a la vez, para delinear el perfil de un equipo más amplio (el de los equipos de los CePAD) y los márgenes actuales y potenciales de desarrollos específicos. Hemos podido confirmar que los CePAD han crecido y se han consolidado juntos y que sus integrantes quieren continuar haciéndolo.

Desde la Coordinación Sida, el desafío es continuar fortaleciendo estos equipos con un sentido muy definido:

alentándolos en su autonomía para que sean ellos mismos quienes busquen en su práctica fortalecer también la autonomía de las personas que los consultan.

En esta línea se muestran algunos indicadores de evaluación de los CePAD que se han tenido en cuenta para el desarrollo dentro del ámbito de la ciudad de Buenos Aires.



Algunos indicadores de calidad

- Equipo:
Existencia de un equipo, composición.
- Accesibilidad:
Cantidad de horas y turnos que cubre.
Eliminación de trabas burocráticas.
Tiempo desde que la persona demanda hasta que tiene un resultado.
- Tipo y número de actividades de promoción y difusión que realiza.
- Tipo y número de actividades educativas.
Número de participantes.
- Folletos disponibles:
Calidad y cantidad.
- Contactos con otras instituciones:
Trabajo articulado.
- Número de bocas y número de preservativos entregados mensualmente.
- Existencia y calidad de los registros.
- Sobre el asesoramiento y el diagnóstico:
Número de entrevistas pre test realizadas.
Número de extracciones realizadas.
Número de devoluciones realizadas: personas que retiran su resultado.
Concurrencia posterior (cuando se aconseja).
- Análisis de la población demandante:
Características socioeconómicas.
Si realizan el test por primera vez.
Forma de derivación.



ATENCIÓN INTEGRAL Y PARTICIPACIÓN DE LAS PVVS

Fernando Silva Nieto

Darío Serantes

Sergio Maulen

Jorge Correggioli

“Lo que yo más quiero transmitir en relación a la prevención son herramientas para no callarse, para poder valorarse y evitar el maltrato: poder cuestionar el lugar del poder. Se pagan precios altos por no tener información y no haberse empoderado.”¹

Cuando en 2001 quedó establecido dentro del “Plan Estratégico en VIH-sida de la ciudad de Buenos Aires” que uno de los objetivos a desarrollar sería garantizar la atención integral de las personas que viven con VIH-sida (PVVS), nos enfrentamos con la necesidad de definir con mayor precisión qué entendíamos por tal cosa. Hasta no hacía mucho tiempo, pensábamos la atención integral básicamente en relación con el acceso adecuado a los estudios y a los medicamentos, pero el nuevo horizonte creado a partir de la introducción de tratamientos eficaces para controlar la infección llevó también a ampliar el sentido de ese concepto. Por un lado, las nuevas terapias combinadas han demostrado su capacidad para detener la multiplicación del virus y permitir a las personas infectadas desarrollar su vida cotidiana en mejores condiciones. Por el otro, el protagonismo social y político de estas mismas personas plantea y obliga a quienes trabajamos en salud a encarar desafíos inéditos. En efecto, si bien los “cócteles” aumentaron significativamente la “cantidad” de vida, el accionar constante de las PVVS y su creciente organización pusieron en el cen-

¹ Testimonio de una persona que vive con VIH. “En primera persona”. En *Infosida 3*, Año 3, p. 24.

tro de la escena su “calidad” de vida, que abarca cuestiones tan diversas como: el impacto de la noticia de tener VIH; la convivencia cotidiana con el virus; el dilema de a quién decirle y a quién no; el manejo de la confidencialidad en los lugares de trabajo y estudio; las condiciones de acceso a los tratamientos y a los análisis –y no meramente el acceder o no a ellos–; el ejercicio de su sexualidad; los efectos colaterales de la medicación; la prevención de reinfecciones; la participación en ensayos clínicos o “protocolos”; la puesta en práctica del derecho a la salud; el ejercicio de los derechos reproductivos; la discriminación, entre otros temas. Pero además, el escenario social y político en el que se desarrolló la gestión de la Coordinación Sida, especialmente durante los dos primeros años, nos obligó a tener en cuenta cuestiones tales como el trabajo, la alimentación y el transporte de las PVVS, aspectos que iban más allá pero a la vez eran una condición para los cuidados médicos.

Sosteniéndonos en la doble lógica de trabajar en los servicios de salud y con las personas afectadas por la epidemia, en este apartado abordaremos la cuestión de la atención integral en dos dimensiones: desde la óptica de la **accesibilidad** a los recursos hospitalarios (requisitos solicitados a los pacientes, circuitos, normatización de prácticas, etcétera) y, desde la perspectiva de **construcción de ciudadanía**, con el ejemplo del trabajo junto con las PVVS.

Accesibilidad a los recursos hospitalarios

Medicamentos, carga viral y recuento de CD4

Una de las responsabilidades que la Coordinación Sida heredó del Programa de Sida existente hasta el año 2000 fue la de distribuir los medicamentos antirretrovirales y contra las enfermedades oportunistas en los 19 hospitales de la ciudad que atendían a 8 mil personas viviendo con VIH-sida.

Esta tarea es de fundamental importancia no sólo porque no se puede encarar un trabajo serio en sida sin que se disponga de manera suficiente y oportuna de los trata-



mientos, sino porque además, para poder ganar la confianza de los actores implicados, debíamos dar respuesta adecuada a ese imperativo. Históricamente las mayores quejas, tanto de los pacientes como del personal de salud, estaban motivadas por la falta de entrega de medicamentos en tiempo y forma, así como por las dificultades para acceder a estudios de seguimiento.

Los medicamentos para tratar esta infección y sus complicaciones, de acuerdo con la Ley Nacional de Sida N° 23.798, son adquiridos por el Programa Nacional del Gobierno federal y distribuidos a las jurisdicciones provinciales y a la ciudad de Buenos Aires, quienes se encargan por medio de sus efectores locales de tratar a los pacientes.

El circuito para la provisión mensual de los medicamentos establecido por el Programa Nacional era y continúa siendo el siguiente:

Cada hospital debe confeccionar todos los meses cuatro planillas:

- 1 •** Un listado de todos los pacientes con los datos codificados, donde se informa cuál es el tratamiento y el médico de cabecera (responsabilidad del equipo médico).
- 2 •** Una planilla con las altas, bajas y cambios de tratamiento de los pacientes (responsabilidad del equipo médico).
- 3 •** Un listado de medicamentos con las necesidades para el mes, la cantidad en existencia en el hospital y una tercera columna con lo solicitado al Programa Nacional (responsabilidad de la farmacia del hospital).
- 4 •** Una planilla con los datos de los pacientes, del tratamiento y la firma mediante la cual cada persona corrobora que recibió los medicamentos (responsabilidad de la farmacia del hospital).

Las planillas enviadas por cada hospital son recibidas por la Coordinación Sida, que realiza un consolidado y lo envía al

Programa Nacional para que prepare los pedidos que posteriormente la Coordinación Sida remitirá a cada efector.

A partir de las visitas a los hospitales realizadas al comienzo de la gestión, se comprobó que era frecuente el retraso en la llegada oportuna de la medicación y que esta correspondía a la necesidad real de dos meses atrás. También se estableció como un gran problema la inexistencia de un sistema de logística en la ciudad que garantizara la distribución regular. En cuanto a los problemas intrahospitalarios, el diagnóstico participativo dejó en evidencia que los pedidos de medicamentos no se correspondían con las necesidades asistenciales por dos razones: a) los hospitales tenían por costumbre solicitar medicación en exceso como estrategia para mantener un stock ante la incertidumbre de la provisión; y b) la información sobre el número de pacientes atendidos enviada por las farmacias no era coincidente con la de los servicios de infectología.

En cuanto a los estudios de carga viral y recuento de linfocitos CD4, las PVVS debían superar numerosas instancias administrativas que atentaban contra el buen seguimiento de su situación.

Con el objetivo de resolver estos problemas, y a partir de este diagnóstico, se realizó una serie de intervenciones dentro del equipo de la Coordinación Sida y en el trabajo realizado con los hospitales.

En la Coordinación se incorporaron nuevos empleados administrativos y un farmacéutico, y se instaló con ellos y con los administrativos que ya estaban trabajando una nueva lógica, centrada en el paciente y sus necesidades y no, como había sido hasta el momento, en el circuito burocrático. La realización de talleres con todo el personal de la Coordinación Sida permitió discutir cuáles eran las dificultades y cuáles las posibles soluciones. De ese modo se logró que las personas a cargo de los circuitos administrativos dejaran de ser sujetos pasivos que se limitaban a cumplir con un procedimiento para convertirse en partícipes creativos de la solución de los problemas.

En relación con el trabajo con los hospitales, se sostuvieron las rondas de encuentros en forma programada. La estrategia en cada institución comenzaba con una invitación previa a todos los actores involucrados en la atención de pacientes con VIH-sida (médicos infectólogos, bioquímicos, farmacéuticos, enfermeras, obstétricos, trabajadores sociales y grupos de personas con VIH-sida, entre otros) y luego se discutía con ellos las dificultades y probables soluciones. Algunos de los objetivos inmediatos de estos encuentros, en muchos casos, estaban orientados a que los actores se conocieran entre sí y pudieran comenzar a hablar y plantear sus inquietudes y problemas, no sólo en lo referido a la provisión de medicamentos, sino también con respecto a la atención de los pacientes.

La programación de los encuentros seguía el siguiente esquema:

1 • Presentación de la mirada que la Coordinación Sida tenía sobre el hospital, construida a partir de la información enviada por la propia institución:

- Datos epidemiológicos.
- De la atención de los pacientes.
- Instituciones del área de responsabilidad sanitaria del hospital que participaba de la red local de prevención.
- Número de preservativos y de folletos distribuidos por el hospital y por el conjunto de las organizaciones en la zona.
- Número de pruebas de VIH con asesoramiento realizadas.

2 • Circuitos del VIH-sida en el hospital y su área de referencia, en relación con las personas y con los recursos:

- Prevención:
 - Espacios de entrega de folletos y preservativos. Lugares de trabajos preventivos grupales.
 - Lugares de trabajos preventivos cara a cara y/o con asesoramiento.

- Circuito de diagnóstico: quiénes (áreas) solicitan en cada institución y cuáles son el recorrido y los tiempos:
 - Elisa
 - Western Blot
 - CD4
 - Carga viral
 - Tests rápidos
 - Atención de niños/as y adolescentes
 - Mujeres embarazadas y parejas
- Atención:
 - Tiempo de espera para la atención
- Circuitos para la adquisición de medicamentos (tiempo y mecanismos):
 - Mujeres embarazadas y sus parejas.
 - Situación de la internación.
 - Reporte epidemiológico: quiénes lo hacen, a quiénes y en qué tiempo.
 - Farmacia: gestión de los medicamentos.
 - Servicios amigables: usuarios de drogas, diversidad sexual (travestis, homosexuales), trabajadores sexuales.
- Articulaciones con otros servicios (cuáles):
 - Con otros servicios del hospital.
 - Con otras instituciones del área.
 - Con otras instituciones o servicios del sistema de salud.
 - En relación con accidentes laborales.

Los resultados de estas intervenciones pueden observarse de manera procesual, ya que algunos problemas se han resuelto completamente, otros en forma parcial, y con otros continuamos intentando. Por ejemplo, es continuo el esfuerzo para que los pedidos mensuales de medicación se realicen de acuerdo con las necesidades reales de tratamiento. Esto implica trabajar para lograr una comunicación fluida entre las farmacias que dispensan los medicamentos y los servicios de infectología que confeccionan las recetas.

También resultó muy efectivo el sistema de *clearing* de medicamentos entre los hospitales, que se construyó para lograr un uso más racional de las drogas y evitar faltas parciales y vencimientos.

Otro ejemplo que ilustra la centralidad que le otorgamos al acceso de los pacientes a los medicamentos fue la gestión de cambios en los requisitos del Programa Nacional para iniciar un tratamiento. En el año 2000 este camino (desde la formulación de la receta por el médico hasta la obtención de los fármacos por el paciente) incluía once pasos entre los cuales estaban: conseguir certificaciones de que no tenía ningún tipo de seguro de salud, solicitar y presentar una “encuesta social” y firmar una declaración jurada diciendo exactamente lo mismo. Se resolvió entonces centralizar en la Coordinación Sida la información proveniente de los organismos nacionales de control de la seguridad social para poder confirmar nosotros mismos que los pacientes atendidos en los hospitales no disponían de otro tipo de cobertura de salud. Esta información se enviaba al Programa Nacional, lo que permitía consignar las altas de nuevos pacientes de manera mucho más rápida. También se aplicó este esquema para disminuir el retraso entre el pedido y la realización de los estudios de carga viral.

Con esta modificación se logró reducir los tiempos para acceder a los medicamentos y a los estudios, y se evitó el peregrinar de los pacientes por distintas oficinas.

Cuando nos hicimos cargo de la Coordinación de Sida, los estudios de carga viral y de linfocitos CD4 sólo se realizaban en algunos hospitales de la ciudad. Esto traía como consecuencia que en algunos establecimientos había un fácil acceso a dichos estudios; por ejemplo, el hospital de enfermedades infecciosas o los hospitales pediátricos, mientras que las personas que se atendían en los otros dieciséis hospitales debían, una vez más, trasladarse de un lugar a otro. Esta situación de inequidad entre los hospitales y la peregrinación de los pacientes se constituían en severos obstáculos para un adecuado tratamiento. En este sentido, una de las

prioridades de la nueva gestión fue el desarrollo de redes de laboratorios de diagnóstico y seguimiento que posibilitaran el traslado de muestras de sangre entre hospitales.

Dentro de esta estrategia, se jerarquizaron las funciones del Laboratorio de Virología del hospital Muñiz (laboratorio de referencia para VIH en la ciudad desde hace muchos años), que se constituyó en el nodo principal de la red de virología de la ciudad, tanto para el análisis de muestras como para indicar los estándares de calidad de los laboratorios de los otros hospitales.

La estructuración de redes diagnósticas ha permitido interactuar con organismos externos al Gobierno de la ciudad, como por ejemplo el Programa Nacional (que suministra los insumos) y el Laboratorio Nacional de Referencia para VIH-sida, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Este laboratorio realiza una parte importante de las cargas virales de los pacientes atendidos en la ciudad² ya que un solo laboratorio no es suficiente para la magnitud de personas en seguimiento: 11 mil pacientes atendidos en los hospitales públicos tuvieron su carga viral durante 2006.

Un elemento que debe ser tenido en cuenta cuando se modifican los circuitos y procesos de atención, de modo tal que lo que circule sean las muestras de sangre y no las personas, es la necesidad de articular un sistema logístico para el traslado de esas muestras. Si antes la responsabilidad de la accesibilidad a los estudios “recaía en el paciente”, cuando nos hicimos cargo fue necesario establecer un circuito de extracción y transporte de sangre desde los hospitales hacia los centros de referencia. Si bien los resultados fueron auspiciosos, existieron dificultades funcionales (disponibilidad de móviles, choferes, horarios a coordinar entre los efectores, etcétera) y de resistencias de las personas al nuevo tipo de funcionamiento (“¿por qué cambiar mi modo de trabajo si siempre fue así?”). Recordamos a un importante funcionario del sistema de salud que, en su momento, afirmó que las incomodidades de los usuarios para

² La distribución de las cargas virales es por división geográfica: hospitales de zona sur derivan al hospital Muñiz (ubicado en el sur); hospitales de la zona norte al Centro Nacional de Referencia (ubicado en la zona centro-norte).

el acceso a la atención eran de alguna manera el costo que debían pagar por la atención gratuita.

Con respecto al recuento de linfocitos CD4, además de optimizar la red diagnóstica, se incorporaron dos laboratorios para citometría³ a los ya existentes, lo que permitió ampliar la oferta para su realización.

La simplificación de trámites, el aumento de la oferta de laboratorios de referencia y el armado de circuitos por donde transitan las muestras para estudio y sus respectivos resultados mejoran ostensiblemente el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Estos avances, junto a que las personas dejaron de circular por la ciudad con la consiguiente pérdida de tiempo y dinero y la reducción de la carga burocrática a los médicos tratantes, son una parte no menor en el mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS.

Calidad de los estudios diagnósticos

El diagnóstico de VIH en los hospitales fue históricamente realizado por los servicios de Hemoterapia y en menor medida por los laboratorios de diagnóstico. Entendiendo que son estos últimos quienes deben realizar el diagnóstico vinculado a la atención de las personas, una de las primeras estrategias llevadas a cabo desde la Coordinación Sida en este terreno fue lograr el traspaso paulatino de funciones desde los servicios de hemoterapia hacia los laboratorios. Esta transición se hizo teniendo como lógica de base el establecimiento de criterios uniformes y pautas normativas comunes.

Una preocupación compartida entre la Coordinación Sida y la unidad de Virología del hospital Muñiz era la de la calidad de los diagnósticos en los distintos hospitales. Por tal motivo se diseñó una encuesta de "Relevamiento operativo de diagnóstico de VIH" que se realizó en dieciséis laboratorios que participaban en la Red de Virología de los hospitales públicos de la ciudad. Como es habitual en nuestro modelo de gestión, una vez analizados los resultados de la encuesta, fueron compartidos con los laboratorios participantes.

³ La citometría de flujo es una de las técnicas que permiten la cuantificación de linfocitos CD4.

La encuesta mostró, entre otras cosas: a) un desconocimiento de la existencia de compras centralizadas de reactivos; b) que la mayoría del personal de los laboratorios de diagnóstico virológico había realizado cursos cortos sobre el tema; c) que la mayoría de las personas no habían realizado pasantías por centros de mayor complejidad; y d) que no estaban regulados ni la forma de entrega de los resultados ni sus responsables.

Para dar respuestas a estas situaciones, y entendiendo el relevamiento como parte de un proceso de gestión, se llevaron a cabo las siguientes acciones: a) se instrumentaron pasantías por el laboratorio del Hospital Muñiz (laboratorio de referencia); b) se establecieron normas sobre cómo entregar los informes de laboratorio en VIH-sida; c) se estableció un control de calidad bimestral sobre la determinación de Western Blot; y d) se trabajó para homogeneizar la calidad de los diagnósticos.

Todas estas medidas se llevaron a cabo mediante la discusión y la búsqueda de consensos y compromisos por parte de los actores que están trabajando en el sistema, buscando cumplir con los objetivos de mejorar la calidad de las prestaciones, garantizar la atención integral a las personas que viven con VIH y fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

De “PVVS” a trabajadores de la salud: el camino de inclusión de personas con VIH en la respuesta a la epidemia

Aunque existe consenso sobre la importancia de sumar a las personas afectadas por el VIH como parte de la respuesta a la epidemia, este principio no siempre logra plasmarse en el nivel de las políticas concretas. Desde la Coordinación Sida entendemos que garantizar la atención integral de las PVVS requiere la participación activa de los propios sujetos afectados por la epidemia en la planificación y gestión de las políticas públicas.

Este principio quedó en evidencia desde la creación de la Coordinación Sida, a través de las acciones señaladas en



el proceso de planificación estratégica. Aquí mostramos algunos ejemplos:

- Impulsar la mayor participación de las personas que viven con VIH-sida en todos los espacios sociales, y en particular su inserción en acciones de prevención.
- Articular acciones que tiendan a facilitar una mejor calidad de vida a las personas que viven con VIH-sida, a través de planes de empleo, ayuda social y alimentaria.
- Fomentar el conocimiento y pleno ejercicio de los derechos humanos de las PVVS, articulando acciones con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales especializadas.
- Desarrollar estrategias de comunicación que informen y orienten sobre los distintos aspectos involucrados en la experiencia de vivir con VIH y lugares de referencia para la atención médica, psicológica y social.
- Releva y articular los recursos específicos existentes en la ciudad, impulsando la generación de espacios apropiados para favorecer la participación activa de las PVVS.

Conversar con otros sobre esta manera de entender el nuevo escenario de la epidemia nos llevó a publicar una guía dirigida a las PVVS y sus allegados (Coordinación Sida, 2006). La misma, además de ofrecer información de utilidad para cada persona afectada, se convirtió en una herramienta de comunicación entre pares, ya que la primera versión (10 mil ejemplares) fue entregada en mano por personas afectadas a otras miles de personas también afectadas. Este tipo de experiencia se fundamenta en la necesidad de salir del anonimato, ya que darse cuenta de lo que le pasa a uno –más allá de las particularidades personales– tiene que ver con la realidad de muchos otros. También es una manera de disminuir el estigma, trabajar en contra de la discriminación y aportar al control de la epidemia.

Otro de los emprendimientos para que se pudiera “oír las voces de los que tienen voz” fue el “Diario Positivo”, una pu-

blicación hecha por personas viviendo con VIH-sida, apoyada por la Coordinación Sida. El primer número se editó en octubre de 2005 y el último (número 4), en mayo de 2007. Este material es fruto de la experiencia de los encuentros que se llevan a cabo periódicamente en los hospitales de la ciudad (“Grupos de apoyo a personas con VIH, familiares y amigos”) y busca ser un canal de expresión de los miedos, angustias, ideas e inquietudes de todas aquellas personas que están o se sienten afectadas por la epidemia. Invita, además, a las personas interesadas a relatar sus experiencias e ideas y las informa acerca de la existencia de los distintos recursos.

En esta línea de prevención secundaria, y favoreciendo las condiciones para darles visibilidad a las PVVS⁴, se realizó una serie de doce programas junto al canal de televisión del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Ciudad Abierta) con el título de “Vivir en positivo”, cuyo eje central era ponerles voz a los protagonistas de la epidemia.

Un proyecto integrador

Como respuesta a la crisis socioeconómica de 2001, el gobierno federal creó el Programa Jefas y Jefes de Hogar, un plan de empleo para paliar la pobreza y la desocupación. Estaba destinado a “jefes o jefas de hogar con hijos de hasta 18 años de edad, o discapacitados de cualquier edad, o a hogares donde la jefa de hogar o la cónyuge, concubina o cohabitante del jefe de hogar se hallare en estado de gravidez, todos ellos desocupados y que residan en forma permanente en el país”. Las personas que participaran del plan debían realizar su contraprestación laboral en algún organismo público. En ese marco, en 2002 la Coordinación Sida diseñó el “Proyecto de Inclusión Laboral para Jefes y Jefas de Hogar, para trabajar en la prevención del VIH en el ámbito comunitario”. A través de este proyecto, ciento treinta personas afectadas por la epidemia se capacitaron en temáticas vinculadas a la salud en general y al VIH-sida en particular, desde una perspectiva de derecho y ciudadanía⁵. Concluida esta etapa, se continuó con

⁴ La última aficheta producida en esta línea dirigida a PVVS dice: “No tenemos por qué quedarnos en las sombras. Compartir las dudas y los temores es empezar a superarlos”.

⁵ El programa de capacitación contemplaba los siguientes temas: derecho a la salud y a la información; construcción de ciudadanía; historia social de la epidemia; aspectos biomédicos de la infección por VIH; impacto del diagnóstico; adherencia a los tratamientos; sexualidad y vida cotidiana; reducción de daños en usuarios de drogas, entre otros.

talleres intensivos vinculados específicamente a estrategias de prevención y de salida a terreno. Los talleres hicieron hincapié en la relación con los equipos de salud, la gestión del secreto, el asesoramiento legal y cómo trabajar el tema de las denuncias por discriminación.

En síntesis, las capacitaciones tendieron, en un primer momento, a brindar información sobre la epidemia para luego centrarse en cómo conducir grupos y trabajar dentro del sistema de salud. Lo novedoso de este proyecto es que contó con la participación de PVVS en todas las etapas (planificación, ejecución y evaluación).

Como derivación de este mismo proyecto, en varios hospitales se pusieron en marcha los mencionados “Grupos de apoyo a personas con VIH, familiares y amigos”, que comenzaron con una modalidad de grupos de autoayuda para luego adoptar diferentes estrategias de intervención. Siguiendo a Resnik (2003), entendemos por grupo de autoayuda:

Un grupo de personas con la misma problemática que se reúne para compartir temas que les preocupan y que en otros ámbitos no sería posible tratar. Es la posibilidad de comparar su realidad con otros pares, y esto hace que el recién llegado reciba un grado de contención emocional del desborde causado por el impacto del diagnóstico. El grupo suministra las herramientas que se necesitan para vencer esos miedos y desmitificar las creencias. Es necesario que el grupo establezca principios y normas para conservar la confidencialidad, para no juzgar, no interpretar, no interrumpir y para proteger los derechos individuales y la asistencia regular.

La labor de estos grupos (doce en la actualidad) en los hospitales públicos de la ciudad se vio fortalecida con recursos de la Cooperación Alemana-GTZ y del Fondo Mundial.

El desarrollo de esta estrategia requirió de una serie de acciones por parte del equipo de la Coordinación para que los grupos pudieran insertarse adecuadamente en las insti-

tuciones⁶. Esta gestión, diferente en cada hospital, implicó establecer contactos con servicios amigables (Servicio Social o Infectología), acordar con los mismos la necesidad de tener un grupo funcionando en ese servicio, mediar con los profesionales que no estaban de acuerdo en el armado de estos grupos, y trabajar sobre las tensiones dentro de cada uno de ellos. En cuanto a los aspectos prácticos, estas actividades incluían conseguir un espacio de reunión lo suficientemente cómodo para el desarrollo de la tarea, la promoción de las actividades a través de la elaboración y distribución de afiches y volantes, el contacto con los pacientes en sala de espera y la realización de una supervisión periódica en cada grupo.

El acompañamiento de los grupos permitió ir descubriendo nuevas necesidades de sus referentes y brindar capacitaciones acordes con ellas. Así surgieron diversos temas y, consecuentemente, se dictaron talleres sobre herramientas para la coordinación de grupos, el trabajo en sexualidad, nuevos enfoques sobre adherencia, efectos secundarios de la medicación y los efectos de la coinfección con hepatitis C.

Otro de los beneficios que surgieron a partir del trabajo conjunto con PVVS fue la generación de un discurso y una práctica con respecto al VIH que modificó favorablemente las campañas y acciones de prevención tanto primaria como secundaria desarrolladas por la Coordinación Sida. En este sentido, vale mencionar la apertura de espacios de trabajo en prevención (asesoramiento, adherencia) en hospitales y centros de salud y la institucionalización de dispositivos y puestos de trabajo ocupados por PVVS orientados a las personas que concurren al sistema público de salud.

Una última cuestión se planteó a partir de una investigación sobre calidad de la atención de las PVVS, cuya característica singular fue la participación de PVVS tanto en su diseño como en el trabajo de campo. Destacamos aquí algunos de los resultados publicados:

Con respecto a la respuesta que da el sistema de salud en su conjunto a las necesidades de las PVVS, se presenta

⁶ El primero fue en el hospital Muñiz, luego se sumaron los hospitales Tornú, Álvarez y Durand. Más tarde se conformaron grupos en los hospitales Pirovano, Santojanni, Piñero, Argerich, Rivadavia y Penna. Con características muy particulares, se encuentran los grupos de adherencia coordinados por profesionales de los hospitales Fernández y Ramos Mejía, y talleres de plástica para niños con VIH, sus familiares y amigos en los hospitales Muñiz y Piñero.

una serie de situaciones que parecen contradictorias: el equipo de salud es señalado como “lo que más ayuda” a sobrellevar la enfermedad, pero también como fuente de discriminación y maltrato. El caso más notorio es la mala calidad de atención percibida al concurrir a las guardias de los hospitales públicos.

Para comprender esta aparente contradicción es preciso considerar que dentro del sistema de salud coexisten equipos de profesionales sensibilizados con la problemática, que fueron generando una “discriminación positiva” hacia las PVVS y lograron transformarse en soportes enriquecedores para los afectados directos, y otros que manteniéndose al margen de la problemática, en muchos casos, sostienen posiciones estigmatizantes y niveles de desinformación similares a los que se observaban en los comienzos de la epidemia (Bordenave et al., 2005).



Esta investigación también mostró la relevancia de aspectos –como las condiciones sociales de las PVVS– tradicionalmente no contemplados o subvaluados en su relación con la atención o los programas de adherencia. En la ciudad de Buenos Aires, esto significaba hacerse/hacerse cargo de que la discriminación y la pobreza ya no podían ser pensados como “factores” que “perturban” su vida y su tratamiento, sino como condicionantes omnipresentes que obligan a generar estrategias de prevención y de atención centradas en estos puntos.

Como se señalaba al comienzo de este apartado, el desafío de garantizar la atención integral de las PVVS comprende el aumento de la accesibilidad de los pacientes a la medicación y a los estudios complementarios pero supone, al mismo tiempo, crear dispositivos que incrementen también la contención de aquellas personas que logran acceder al sistema público de salud. Para ello, como surge de la presente experiencia, resulta clave la participación activa de las PVVS tanto en la gestión de políticas de nivel central como en las diferentes instituciones del sistema: hospitales y centros de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Bordenave, A., Vila, M., Weller, S., "Encuesta a PVVS que se atienden en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires". En *Infosida* N° 5, año 5, pp. 38-43, Buenos Aires, diciembre de 2006.
- Bouzas, M., "Red de virología". En *Infosida* N°4, año 4, pp. 53-54, Buenos Aires, noviembre de 2004.
- Bouzas, M., "Una aproximación al trabajo en VIH-sida de los laboratorios del GCBA". En *Infosida* N° 5, año 5, pp. 34-37, Buenos Aires, diciembre de 2006.
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, *Vivir en positivo – Guía para las personas con VIH-sida, sus familiares y amigos*, segunda edición, diciembre de 2006.
- Eichenbaum, S., "Trabajo en red en los laboratorios". En *Infosida* N°4, año 4, pp. 50-52, Buenos Aires, noviembre de 2004.
- Resnik, Raúl, "Qué es un grupo de mutua ayuda". En *Infosida* N° 3, año 3, p. 36, Buenos Aires, noviembre de 2004.



REDUCCIÓN DE DAÑOS: EL DESAFÍO ANTE LOS CAMBIOS DE ESCENARIO

Mabel Caballero

Graciela Fernández Cabanillas

Vanesa Kaynar

De dónde partimos

En 2001, los datos epidemiológicos mostraban que el uso compartido de jeringas era la vía de transmisión del 38% de los casos de sida acumulados desde 1983 en la ciudad de Buenos Aires (Secretaría de Salud, 2001). El análisis de esos casos, en función de la edad y el nivel educativo, indicaba que quienes habían adquirido VIH por compartir jeringas eran más jóvenes y tenían menor nivel educativo que quienes se habían infectado a través de otras vías.

Si nos centramos en las respuestas institucionales dadas al problema del consumo de drogas encontramos que: 1) las acciones para la prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables (UDI) eran aisladas y poco consistentes, y se realizaban a partir del interés de algunos equipos o personas, sin que existiera una política pública clara orientada a esta población; 2) las políticas y recursos para el abordaje del consumo de drogas no tenían un desarrollo acorde a la magnitud de la problemática; 3) las escasas respuestas existentes se sustentaban fundamentalmente en el paradigma abstencionista¹.

Por otra parte, trabajos realizados con usuarios de drogas inyectables por ONG y por algunas personas de los servicios de salud, así como la bibliografía internacional, muestran que los UDI raramente concurren al sistema de salud excepto en situaciones de mucha gravedad y, cuando lo hacen, es frecuente que sufran alguna clase de maltrato, e incluso la expulsión.

¹ Propone la abstención como única respuesta al consumo de drogas y la desintoxicación y deshabitación como tratamiento terapéutico.

A partir de este diagnóstico, la reducción de daños² formó parte de las estrategias surgidas del proceso de planificación para disminuir la transmisión de VIH en la ciudad y, en ese marco, se proyectaron acciones concretas, tales como el trabajo con población usuaria de drogas inyectables, talleres sobre reducción de daños y programas de intercambio y distribución de jeringas.

Qué encontramos

En 2001, una vez iniciado el trabajo en terreno, encontramos en el intercambio con distintos actores –centros de salud y organizaciones comunitarias, fundamentalmente– que se habían registrado cambios en los modos de consumo y en el tipo de drogas que se estaban utilizando en la ciudad. El uso inyectable, muy extendido a principios de los 90, era menos frecuente en la nueva década. Producto de cambios macroeconómicos en el país, así como de transformaciones en las redes de tráfico de drogas, se incorporó al mercado la pasta base de cocaína, que empezó a ser utilizada de modo amplio, principalmente en los sectores más pobres.

También la relación de las instituciones del sector público con la temática había sufrido algunos cambios. Durante mucho tiempo habían pensado la problemática del uso de drogas como algo ajeno a ellas, algo que “estaba sucediendo” pero que pertenecía a otros ámbitos y no era de su competencia. Frente a situaciones concretas, las distintas respuestas podían ser la expulsión, la atención de la urgencia o la derivación a algún servicio “especializado”. A partir del aumento de personas en situación de exclusión y del crecimiento del uso de estas drogas “baratas”, la problemática se hizo más visible y generalizada. Frente a esto, buena parte de las instituciones siguieron respondiendo con la estigmatización y expulsión de los usuarios de drogas que hacían visible su condición y sosteniendo que esta era una temática que no les competía.

Estas respuestas no siempre se asociaban con el rechazo



² Política de prevención centrada en disminuir los riesgos y efectos negativos asociados al uso de drogas más que en el uso de drogas como tal.

o la desidia, sino con el miedo que provoca el desconocimiento, que se ve incrementado por el efecto de las representaciones sociales hegemónicas respecto de los usuarios de drogas y de las drogas mismas. Desde el discurso social y político (expresado en los medios de comunicación, en las instituciones, en las organizaciones comunitarias y en cada una de las personas) existen dos representaciones básicas cuando se habla de drogas. Una de ellas asocia droga-muerte-violencia-delinuencia y la otra, droga-jóvenes. Parece interesante analizar a quiénes estamos incluyendo y a quiénes no en estas representaciones, en quién se piensa cuando se las enuncia y con qué consecuencias.

La asociación *droga-muerte-violencia-delinuencia* difícilmente nos remita al ama de casa o al docente que consume diariamente tranquilizantes para sobrellevar mejor los avatares cotidianos, o al empresario que aspira cocaína para mejorar su rendimiento. El perfil que se asocia a esta representación es el de un usuario de sectores pobres, menor de 35 años y presumiblemente hombre. Esta representación dificulta la comprensión del problema. Por un lado, provoca miedo y lleva a una mayor estigmatización y exclusión de los usuarios de sectores pobres e incluso de aquellos que no son usuarios (estigmatización por “portación de cara”) y, por el otro, invisibiliza a otro sector de usuarios. Además, coloca la droga en el lugar de la causa de todos nuestros males como sociedad.

La asociación *droga-jóvenes*, por su parte, refuerza la representación del joven como conflictivo, y esta idea se potencia en el caso de aquellos que pertenecen a los sectores más empobrecidos.

Dentro de las instituciones, incluso de aquellas que tenían una actitud expulsiva hacia los usuarios de drogas, también había equipos que, desde una actitud receptiva hacia los problemas de la población, intentaban buscar algunas respuestas para esta nueva realidad. Fundamentalmente, actividades de contención y/o de articulación con servicios especializados. Pero, en la práctica, estas deriva-

ciones sólo lograban resolver una baja proporción de la demanda, ya sea porque la percepción de que “son insuficientes” desalienta a las propias personas que derivan, ya sea porque estos servicios muchas veces tienen un modelo de abordaje que no contempla las características de los sectores excluidos. Por otro lado, la propia situación de exclusión hace difícil que los usuarios se movilicen lejos de su territorio. En muchos casos, las personas usuarias retornan a los lugares cercanos a sus domicilios donde se sintieron contenidos y bien tratados, pero generalmente sin haber concurrido o habiendo abandonado aquellos espacios más especializados con los que se los contactó. También ocurre que los usuarios suelen presentarse con demandas “urgentes”, variadas y constantes, a las que se trata de dar respuesta puntualmente. En algunos casos, esto ocasiona que los integrantes del equipo se vean inmersos en el “puro acto” de los usuarios, con la consecuente sensación de desgaste, estrés e impotencia. Así, las instituciones terminan reproduciendo en su interior, con respecto a los equipos, la misma situación de exclusión y aislamiento que padece la población a la que atienden.

Teniendo en cuenta tanto su actitud positiva como sus límites, estos equipos fueron los primeros con los que comenzamos a planificar acciones desde una perspectiva de reducción de daños hacia los usuarios de drogas en la ciudad. El trabajo conjunto de los equipos y la Coordinación Sida fue un punto de partida para el desarrollo de este tipo de estrategias y sirvió para revalorizar el esfuerzo de esas personas, hacer que se sintieran menos solas y acercarles herramientas que enriquecieran y facilitaran su tarea.

El contacto con estos equipos nos mostró también que un número importante de usuarios de drogas ya concurrían al sistema de salud por diversos motivos y que la posibilidad de atenderlos estaba más ligada a las características de la institución que a sus problemas o a su personalidad.

Con respecto a las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que trabajaban en esta problemática, la realidad no

era muy diferente a la del sistema de salud: algunas culpabilizaban y expulsaban a los usuarios, otras trataban de dar algún tipo de contención y reclamaban respuestas desde el Estado, basándose principalmente en la lógica abstencionista y sin distinguir distintos niveles y modos de uso.

Frente a este nuevo diagnóstico, más enriquecido, la pregunta era qué lugar y qué modalidad darles a las estrategias de reducción de daños. Pese a que el uso de drogas inyectable había disminuido, el desarrollo de estrategias específicas para usuarios de drogas de los sectores más empobrecidos seguía teniendo validez porque la mirada de las instituciones y de gran parte de la sociedad, sumada a cierto aislamiento de los propios usuarios, incrementaba su situación de vulnerabilidad. Seguían requiriéndose estrategias específicas que incluyeran, por un lado, trabajar con las representaciones sociales sobre los usuarios de drogas de sectores pobres, presentes en las instituciones de salud y con el rechazo o miedo que generaban en sus equipos. Por otro lado, instrumentar modalidades de trabajo que permitieran el acercamiento de los usuarios al sistema y el mejoramiento de su acceso a la información y los recursos para prevenir la transmisión del VIH. En esta tarea, que implicaba contemplar la especificidad de los usuarios de drogas, resultaba tan importante el lugar del sector Salud como el de otros ámbitos gubernamentales y el de las organizaciones de la sociedad civil.



Qué hicimos

Al inicio de la gestión, nuestro desafío en este terreno era doble: por un lado, instalar las estrategias de reducción de daños como política pública y, por el otro, elaborar una propuesta de trabajo que fuera acorde con la realidad encontrada.

Así fue que intentamos llevar adelante ambas líneas de trabajo en forma simultánea. Comenzamos a difundir la propuesta de reducción de daños, al tiempo que dábamos

apoyo y soporte a los equipos y/o instituciones que venían trabajando con usuarios de drogas. Con ellos elaboramos estrategias locales que respetaban las posibilidades, modalidades, necesidades y características de cada una de sus realidades. De allí surgió, por ejemplo, la necesidad de armar una red de servicios amigables que facilitara el acceso de los usuarios tanto a servicios especializados en el uso de drogas como en VIH, o la elaboración de un material informativo sobre pasta base de cocaína y medidas de cuidado, que luego fue creciendo y se convirtió en el cuadernillo “Insumos para la reducción de daños en el uso de drogas” de la Coordinación Sida.

Nuestra intención era que las estrategias y recomendaciones en torno de la reducción de daños se incorporaran al quehacer cotidiano de las personas que estuvieran en contacto con los usuarios. Apuntamos más al criterio de democratizar, masificar y difundir la información entre los equipos que a la idea del especialista. Esta visión no entra en contradicción con la existencia de equipos especializados; de hecho, es realmente importante contar con referentes para la temática en cada institución. Pero consideramos que estimular sólo un modo de trabajo con usuarios, a partir de programas específicos, reduce el número de personas a las que se puede llegar, acota las oportunidades y refuerza la idea de que hay alguien “salvador” que va a venir a resolver el problema.

Otra cuestión que surge cuando se piensa el trabajo con usuarios de drogas es que la única manera de llegar a ellos es “salir a buscarlos”. Y frente a esto aparecen obstáculos institucionales que se expresan de muy variadas formas: “La demanda no nos deja movernos del consultorio” o “el jefe del centro de salud no quiere que se realice trabajo comunitario”. Nuestra propuesta en este terreno fue que, si se puede, conviene salir a hacer trabajo de campo, pero si no, se debe empezar por recibir correctamente a los usuarios de drogas y escucharlos cuando llegan. Correrse del “como no sé, hago que no veo” es el primer paso

a partir del cual surgirán nuevas estrategias para seguir trabajando.

Veamos un ejemplo de lo que implica esta actitud de apertura y escucha para con las personas que se acercan a los servicios. Se trata de una experiencia concreta desarrollada por una trabajadora social de un centro de salud. A partir de un programa de subsidios para jóvenes de entre 13 y 17 años sin inserción educativa ni laboral, esta profesional comenzó a trabajar con un grupo de catorce chicos. Como parte de las actividades, se llevaron a cabo talleres de reducción de daños. En el momento de su realización, la participación fue escasa e incluso se cuestionaron algunas de las medidas de cuidado propuestas desde la coordinación del taller, como el no compartir pipas y canutos³. Transcurrido un mes, y a partir del vínculo construido con la trabajadora social, uno de los jóvenes se acercó al centro de salud tras atravesar una situación personal (mientras compartía el canuto, a uno de sus compañeros le sangró la nariz) que le recordó lo que se había conversado durante el taller. Esto produjo una serie de “efectos en cadena”: el primero, un pedido a la trabajadora social para que concurreriera al lugar donde se reunía el grupo a explicar las medidas de cuidado; luego, la llegada de varios de estos chicos al centro de salud para realizarse el test de VIH y aplicarse la vacuna contra la hepatitis B; finalmente, el establecimiento de un vínculo entre el servicio y los usuarios y de un referente dentro de la institución.

Lo que proponemos, entonces, es salir del inmovilismo sin caer en el opuesto que es el puro acto: sentarse y reflexionar, asumir que somos parte del problema y de la solución, analizar qué nos pasa y sentimos nosotros con relación al tema, qué otras instituciones o referentes hay en la zona que estén planteando las mismas cosas, qué otros espacios –gubernamentales o no– más especializados nos pueden dar herramientas y servir como recurso, cuáles son las estrategias que se vienen utilizando para abordar este tema. En la práctica esto significa informarse y capa-

³ Elementos utilizados para el consumo de pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína.

citarse, armar redes y elaborar estrategias, sabiendo que no existen soluciones mágicas ni especialistas salvadores. Aunque no nos guste, pensar una sociedad sin drogas es una utopía; y mientras seguimos fantaseando con ella, el problema crece. Debemos aprender a convivir con esta realidad y buscar formas que permitan que se genere el menor daño posible para las personas usuarias de drogas y sus familias, para el funcionamiento de las instituciones y para quienes en ellas trabajan.

Para las personas que viven en situación de pobreza y, en estos últimos años, de exclusión, el acceso a la información y los recursos es más que reducido. Por eso priorizamos el trabajo con los usuarios de drogas y sus grupos de pertenencia en este sector social. Dentro de un marco de autonomía, respeto y participación, la propuesta consiste en trabajar para ampliar el abanico de opciones de los usuarios en relación con el acceso a los recursos (especialmente a los de prevención en VIH pero no sólo a ellos) y a la información sobre medidas de prevención asociadas al uso de drogas.

Consideramos a las personas como sujetos integrales, para quienes el uso de drogas es una situación más de sus vidas. Por esto, nuestra concepción de reducción de daños incluye, además de la entrega y difusión de materiales específicos, el acompañamiento en la resolución de otras problemáticas, ya sean de salud, alimentarias, legales, etcétera. El trabajo en red entre las distintas instituciones del Estado y/o de la sociedad civil, en el que cada uno pone a disposición las distintas herramientas que posee, es central para el desarrollo de esta política.

Si bien la realidad es más dinámica y menos lineal, a los fines expositivos podemos definir dos etapas dentro del trabajo de la Coordinación Sida en reducción de daños. La primera se extendió desde enero de 2001 hasta noviembre de 2003 y se orientó a la difusión e instalación de la política; la segunda, a partir de noviembre de 2003, tendió a su consolidación.

Primera etapa

Los objetivos de esta fueron la sensibilización y visibilización de la política de reducción de daños. Debíamos dar a conocer en qué consistía y, simultáneamente, dejar sentido que la Coordinación Sida asumía esta política como uno de los ejes de su gestión. La estrategia de trabajo fue conjunta y similar a la propuesta por las ONG con experiencia en el tema y tuvo su momento de mayor visibilidad durante un encuentro⁴ realizado en la ciudad de Buenos Aires hacia fines de 2003, orientado a compartir experiencias con la ciudad de Porto Alegre (Brasil). Del mismo participaron 250 personas, provenientes en su mayoría del sistema de salud, y fue útil para difundir la propuesta en los centros de salud y los servicios de Infectología, de Trabajo Social y de Salud Mental de casi todos los hospitales dependientes del Ministerio de Salud, incluidos los psiquiátricos. El jefe de Gobierno porteño estuvo a cargo de la apertura del evento, en un claro aval a la política planteada por la Coordinación Sida para el tema sida y drogas.

En este período se trabajó en terreno con usuarios de drogas inyectables y se llevaron a cabo tareas de capacitación en los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) en forma conjunta con ONG y con apoyo de organismos de cooperación internacional, como GTZ y Onusida.

Por otro lado, se presentó la propuesta de la Coordinación Sida a otras áreas del nivel central de la entonces Secretaría de Salud que tuvieran relación con la temática: Dirección de Salud Mental, Red de Salud Mental y Sida, Red de Adicciones, Centros de Día, así como al Centro Nacional de Rehabilitación Social (CE.NA.RE.SO.) en un intento de llegar a acuerdos para el trabajo conjunto. Con resultados dispares, se desarrollaron capacitaciones, se participó en cursos y jornadas organizados por la Red de Adicciones y se fueron generando contactos con equipos que luego formarían parte de “la red de servicios amigables”. Si bien en ese momento no se pudo establecer un proyecto colectivo con

⁴ “Porto Alegre-Buenos Aires: Dos ciudades, una misma política.”

estos actores (a veces porque no acordaban con la política de reducción de daños, otras por sus propias lógicas y modalidades de trabajo), sí fue posible ir estableciendo articulaciones vinculadas con demandas específicas de atención.

También en esta etapa se realizaron los primeros encuentros de presentación y sensibilización con equipos o instituciones que estaban en contacto con usuarios, principalmente centros de salud y algunas organizaciones barriales. En este caso, la respuesta fue muy buena, quizá porque veníamos a hablar de un tema –“drogas”– con el que todos tenían que lidiar pero con el que nadie sabía muy bien qué hacer. A veces se nos hacía difícil centrar el debate en torno al “VIH y el uso de drogas” en vez de en la cuestión de las “drogas en general” sin sentir que defraudábamos en alguna medida las expectativas de los equipos. De todas, maneras el saldo fue positivo y fue sobre la base y extensión de estos encuentros que se sostuvo principalmente nuestro trabajo posterior.

Segunda etapa

En esta etapa buscamos profundizar el trabajo con los equipos o personas que estuvieran en contacto con usuarios de drogas, partiendo de los mencionados vínculos contruidos con algunos organismos y ampliándolo al conjunto de las instituciones que conformaban la red de prevención organizada desde la Coordinación, a fin de priorizar el acercamiento a las poblaciones de mayor vulnerabilidad social. Las actividades que se realizaron fueron:

- **Capacitación y sensibilización**

Si bien todas las capacitaciones tienen algunos contenidos básicos en común, en general se adaptan a los conocimientos y necesidades de los equipos así como a su inserción institucional concreta. Nunca desarrollamos una capacitación sin encuentros previos con los equipos, en los que compartimos las experiencias y expectativas y lo que nosotros podemos ofrecer. En ese espacio planificamos, de

manera conjunta, la cantidad y características de los encuentros y dejamos abierta la posibilidad de continuar trabajando. El objetivo de las capacitaciones no es sólo transmitir conocimientos, que pueden ser leídos en los materiales que entregamos, sino generar un espacio de reflexión y de debate sobre lo que pensamos, sentimos y hacemos en relación con el uso de drogas, tratando de que se respeten, no siempre con éxito, las distintas perspectivas. La idea es que, más allá de algunas herramientas y conocimientos concretos, los participantes se vayan con ciertas preguntas que les permitan mirar de una manera diferente la realidad para poder transformar sus prácticas cotidianas.

Los siguientes son los contenidos básicos incluidos en estas capacitaciones:

1 • *Problematización de las representaciones sobre el uso de drogas y los usuarios de drogas, prejuicios, miedos.*

Cuando se trabaja este tema, lo primero que aparece –tal como fue mencionado en páginas anteriores– es la asociación *droga-muerte-violencia-delincuencia y droga-jóvenes*, tanto en los sectores profesionales como en las instituciones barriales de zonas de alta vulnerabilidad. Pero cuando la discusión se humaniza y no hablamos del “adicto” sino de “mi amigo”, “mi hijo”, “el vecino al que vi crecer”, la situación se complejiza y aparecen las distintas realidades: las personas que sufren y no saben qué hacer con su consumo; las que además de consumir, trabajan y estudian; también las que delinquen; y la violencia, pero que en este contexto se visualiza como una más de las posibilidades.

2 • *Qué son las estrategias de reducción de daños, breve reseña histórica y qué son para la Coordinación Sida.*

Ante este tema también surgen la “abstención” y una “sociedad sin drogas” como un deber ser y como la única propuesta posible. Al analizar situaciones concretas, sin embargo, se ve con claridad que “lo deseado” no siem-

pre es posible y que “en el mientras tanto”, hasta que alguna vez se logre no consumir, hay cosas para hacer. En un encuentro con organizaciones comunitarias, una participante que defendía la internación compulsiva y la abstención contó cómo ella, que era referente de un comedor, les preparaba mate cocido con leche y pan a los chicos que consumían pasta base en la esquina y les proponía que por ese día se volvieran a su casa. Si bien durante la discusión hubo momentos muy duros, cuando apareció esta práctica concreta se puso en evidencia que ella era mejor promotora de reducción de daños que otros que, con discursos más “progresistas”, se “asustan” cuando alguno de estos chicos se acerca al centro de salud.

3 • *Concepción de los usuarios de drogas y las drogas.*

En cuanto a los usuarios de drogas, se trata de pasar del concepto único de “adicto” a un conjunto de categorías que den cuenta de la diversidad de situaciones posibles en relación con el consumo. A la vez, se plantea pensar al usuario como una persona con derechos y autonomía de decisión, inscripto social, cultural e históricamente, con características individuales definidas a partir de sí mismo, de su marco familiar y del contexto de pertenencia social. Desde esta perspectiva resulta evidente que no todos tienen la misma posibilidad de ejercer sus derechos y su autonomía, ni el mismo abanico de opciones. En los sectores más empobrecidos, la situación de exclusión deja un estrecho margen de elecciones; dentro de ellas, las drogas aparecen como un lugar posible de pertenencia e identidad, como una manera de alejarse de la realidad y también de manejar dinero. Es decir, como una forma de incluirse, de “estar adentro”, de “ser alguien”, de “tener cosas”.

En cuanto a las drogas, dos son las cuestiones que surgen más comúnmente. Por un lado, “la droga como una y causante de todos los males”; por el otro, el pensar los efectos de cada droga de manera lineal y unívoca. Ante

esta mirada es importante, aparte de la información, dejar planteada la complejidad y diversidad del problema y correr las sustancias del eje central de la discusión.

Tratamos de ser muy cuidadosos en estos planteos, porque a veces el entusiasmo por defender las estrategias de reducción de daños puede llevarnos a minimizar el problema del uso de drogas. En situaciones de vulnerabilidad y pobreza, la droga se instala casi como el único modo de inclusión y pertenencia y termina generando mayor exclusión, y en muchos casos la entrada en circuitos ilegales. En estas circunstancias, es mucho el sufrimiento que ocasiona en las personas, las familias, las comunidades y las instituciones. Cuando alguno de los participantes de las capacitaciones nos habla de “droga-muerte” o “droga-delincuencia” puede no sólo estar hablando desde las representaciones sociales sino que también, desde su experiencia, puede estar refiriéndose al hijo que le robó el poco dinero que tenía para ir a comprar drogas o de algún usuario al que mataron en una transacción. Es en el marco del respeto al otro, a su pensamiento y sus vivencias que debemos incluir la problematización del uso de drogas y la implementación de estrategias de reducción de daños.

4 • Información general sobre drogas más comunes, modos de uso y su relación con el VIH y las hepatitis, recomendaciones sobre reducción de daños, información sobre recursos amigables.

5 • Elaboración de estrategias locales y discusión de situaciones concretas traídas por los participantes.

En relación con este punto, es común y comprensible que se planteen aquellas situaciones extremas en que las posibilidades de abordaje son muy limitadas y provocan procesos de trabajo largos e infructuosos, con la consecuente frustración de los equipos. Si bien es importante abordar estos escenarios, analizar las acciones desarrolladas, pensar alternativas y debatir los límites del equipo, también es necesario discutir sobre otras situaciones que, sin tener la

misma gravedad, son mucho más frecuentes y para las que generalmente no tenemos estrategias definidas.

Como cierre de la capacitación quedaban establecidos mecanismos y canales de comunicación fluida con la Coordinación Sida.

- Acompañamiento en terreno

Una vez que los equipos deciden desarrollar acciones concretas de reducción de daños, la función de la Coordinación Sida es acompañarlos en su implementación. Si bien nuestro lugar –externo a la institución– nos limita para definir qué acciones realizar, permite una mirada menos implicada subjetivamente. En este encuentro entre los equipos de las instituciones y el de la Coordinación es posible hacer un análisis de los distintos actores, las relaciones de poder, la presencia o no de condiciones para llevar adelante determinadas iniciativas; se abre un espacio donde contextualizar, revalorizar o cuestionar lo que se viene haciendo o lo que se propone, que permite enmarcar cada paso en la idea de proceso.

Por ejemplo, el equipo de un centro de salud vivía como fracaso la experiencia realizada con usuarios en años anteriores. Habían entregado jeringas a usuarios de drogas inyectables en la época en que este modo de uso era más frecuente, pero en la que el Estado estaba muy lejos de aceptar las estrategias de reducción de daños como una opción válida. La experiencia concluyó abruptamente y con sanciones a los trabajadores de la salud involucrados. Contextualizar históricamente esta acción, que era totalmente acertada desde el punto de vista de los usuarios pero que no había tenido en cuenta el marco institucional y las relaciones de poder, permitió otra mirada sobre lo sucedido y reconstruirlo como parte de un camino recorrido en el trabajo de reducción de daños antes que como un fracaso.

En otro centro de salud nos refirieron que habían organizado actividades recreativas y talleres con un grupo de usuarios en situación de alta exclusión social y que esta ex-

perencia había concluido luego de que se produjeran algunos desbordes y un robo. A partir de este relato se pudo trabajar el tema de la omnipotencia y el voluntarismo, que no permitieron prever que lo sucedido era una alternativa posible. Se planteó que, al planificar una actividad, es necesario pensar las posibilidades reales del equipo: qué podemos y queremos sostener cada uno y qué no, reconocer y aceptar nuestros límites personales y/o institucionales, evaluar las posibles consecuencias de nuestras acciones y qué hacer frente a ellas.

Este encuentro con los equipos también permite generar acciones de poca complejidad pero acordes al contexto institucional en que se llevan a cabo y, por lo tanto, fundamentales en ese nivel. Por ejemplo, frente a las preguntas sobre cómo acercarse a los usuarios, cómo hablar del tema “drogas” sin inmiscuirse en su intimidad, se puede sugerir colocar el material gráfico (folletos, cartillas, etcétera) sobre reducción de daños en un lugar visible junto al resto de los materiales sobre VIH. Este sencillo recurso facilita el comienzo de un proceso de comunicación con quienes se interesan o necesitan hablar del tema, y evita incómodos interrogatorios. Un caso concreto: la exhibición del material durante un encuentro informal de jóvenes, llevó a que estos lo leyeran, conversaran e implementaran algunas de las recomendaciones en ese mismo momento, sin necesidad de recurrir a ningún dispositivo especial de prevención.

Finalmente, cabe señalar la importancia del acompañamiento en terreno para los propios equipos. Muchas veces las personas que están a cargo de esta problemática tienen problemas o son mal vistos dentro de su propia institución por trabajar con usuarios de drogas y/o por hacerlo de una manera no tradicional. En esos casos, nuestra presencia en la institución como representantes de la Coordinación Sida, un organismo de nivel central que avala las estrategias de reducción de daños, contribuye a legitimar el trabajo de estos equipos.

- Articulación de una red de recursos amigables

La conformación de una red de servicios amigables tenía por objetivo lograr vías de acceso directo de los usuarios a diferentes áreas del sistema de salud y, al mismo tiempo, apoyar el trabajo de los equipos de reducción de daños ampliando sus recursos. Por eso, tras acordar con ciertos servicios de diferentes hospitales y articular con ellos una red, hicimos circular esta información entre las personas que trabajaban en contacto directo con usuarios, para que pudieran contar con ellos como lugares de consulta, derivación o apoyo. También, en los casos en que fue necesario, actuamos como mediadores.

Al comenzar los contactos para conformar la red, priorizamos servicios según las necesidades más comunes de los usuarios de drogas. Por ello elegimos los servicios de Infectología, Trabajo Social, Salud Mental y algunos servicios especializados en el tratamiento por uso de drogas. Por otra parte, tratamos de lograr que la red tuviera cierta accesibilidad geográfica, para lo cual seleccionamos, en base a conocimientos previos de la Coordinación Sida, tres hospitales públicos de la ciudad, uno en la zona norte, otro en la zona sur y otro en la zona centro. En cada uno se contactó a los servicios antes mencionados y con la misma modalidad se articuló su incorporación a la red a instituciones especializadas en el uso de drogas, CePAD y referentes de la Red de Salud Mental y VIH.



- Articulación con las ONG

El trabajo con organizaciones con *expertise* en reducción de daños y presencia en la ciudad de Buenos Aires comenzó de manera bastante auspiciosa. Participamos de manera conjunta en proyectos con financiamiento internacional así como de reuniones mensuales con una de las ONG para la articulación de recursos técnicos y humanos, intercambio de experiencias y simplificación del acceso a ciertos recursos preventivos provistos por el Estado (jerin-

gas, preservativos, etcétera). Con el paso del tiempo, las dificultades para generar la confianza mutua necesaria para el trabajo en común, así como el desarrollo propio de los distintos actores, hicieron que esta articulación se viera reducida a contactos para la distribución de materiales o para alguna actividad específica.

- Dispositivos de capacitación e intercambio de experiencias

Se realizaron tanto capacitaciones específicas con expertos en la temática como encuentros entre los distintos equipos. El objetivo fue promover el intercambio y la reflexión de experiencias, generar articulaciones entre diferentes actores sociales y enriquecer y potenciar los trabajos locales.

- Elaboración de materiales gráficos

“Insumos para la reducción de daños en el uso de drogas” es un cuadernillo para la formación y discusión de los equipos que, como fue dicho anteriormente, se fue elaborando a partir de sus requerimientos. La propuesta de la Coordinación en este campo incluye una reseña histórica de las estrategias de reducción de daños, insumos para la reflexión sobre el consumo de drogas como problema de salud pública, información general y recomendaciones de reducción de daños sobre cocaína- pasta base, inhalantes, éxtasis y ketamina, información sobre hepatitis y medidas de prevención.

“Material de prevención para usuarios de drogas”. En una primera etapa se trabajó con material de ONG, en algunos casos reproducidos desde la Coordinación para uso propio y de la organización respectiva, y en otros producidos con financiamiento de Onusida. Posteriormente, se elaboró un material desde la Coordinación que reforzó, tanto en los equipos como en la población usuaria y no usuaria de drogas, la identificación de la política de reducción de daños como política de gobierno, con las implicancias de legitimación que esto significa.

Algunas instituciones que no formaban parte de la red se acercaron a la Coordinación a partir de conocer este material y también se lo encontró fotocopiado dentro de espacios con los que nos se había tenido contacto hasta ese momento. Este hecho sirvió, a su vez, para aportar información sobre las redes de consumo.

Por otra parte, su difusión, sobre todo la que se produjo de manera espontánea a partir de iniciativas particulares, también generó algunos inconvenientes en la implementación de las políticas de reducción de daños. Debimos responder algunos pedidos de informes de la Legislatura y la Sedronar (Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la lucha contra el Narcotráfico) y denuncias por apología del uso de drogas realizadas desde algunas organizaciones de la sociedad civil que están enfrentadas con este tipo de abordaje.

A partir de 2006, desde distintas áreas del Estado comenzaron a desarrollarse nuevas estrategias relacionadas con la temática del uso de drogas: discusión y aprobación de una ley sobre drogas en la Legislatura porteña, la apertura de una casa para atención a víctimas del consumo de la pasta base de cocaína (“paco” en la jerga de la calle), el funcionamiento de centros barriales para la atención ambulatoria de usuarios de droga y la disponibilidad de camas de internación breve para desintoxicación en los hospitales de la ciudad.

Este aumento en la oferta de servicios, sumado a la disminución de la incidencia del uso inyectable en el VIH (el porcentaje de casos de sida por uso de drogas inyectables en 2004 fue 13,6%, el porcentaje de diagnósticos de VIH por uso de drogas inyectables entre 2003 y 2006 fue del 5,9% [Ministerio de Salud, 2007]), hizo que desde la Coordinación Sida pasáramos de una política activa de promoción de las estrategias de reducción de daños a responder a las demandas puntuales surgidas de los equipos de salud.

Reflexión final

En el tema drogas, coexisten en el Estado visiones contrapuestas. Están vigentes leyes penales que criminalizan al usuario de drogas, otras que lo ven como un enfermo al que hay que separar del objeto de consumo a partir de la internación, otras que consideran al usuario como un ciudadano con derechos y libertad de elección. En estas últimas, que por cierto no son las que han tenido mayor desarrollo ni aval, se inserta la reducción de daños como una estrategia posible. Por lo tanto, desarrollar una política pública desde esta perspectiva implica ubicarse en una posición contrahegemónica, en un campo en el que se cruza la ilegalidad del uso de drogas. En este campo se hace imprescindible contemplar permanentemente el contexto, los distintos actores, las relaciones de poder y los posibles marcos de alianzas.

Otra cuestión central se refiere a la relación de la Coordinación Sida con los equipos y la definición de lo que es el *núcleo* y lo que es el *campo* en cada caso. Mientras que para nosotros el VIH es el núcleo de nuestras acciones, para los equipos orientados al trabajo con usuarios de drogas, el VIH forma parte de su campo de intereses. Y en el caso específico de reducción de daños, la preocupación de las instituciones se centra más en el uso de drogas que en el VIH. Tener en cuenta esta necesidad legítima es indispensable para construir un “nosotros” junto con los equipos y para que de ese espacio compartido surjan acciones en beneficio de los usuarios.



BIBLIOGRAFÍA

- Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires, "Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires". En *Infosida* N° 1, pp. 6-13, Buenos Aires, noviembre de 2001.
- Ministerio de Salud, "Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires". En *Infosida* N° 5, Buenos Aires, diciembre de 2006.



PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL: UN LOGRO DEL SISTEMA DE SALUD

Adriana Basombrío

Adriana Durán

Marisa Nan

Silvina Vulcano

El año 1994 fue un punto de inflexión en la historia del VIH-sida, ya que el desarrollo del protocolo ACGT 076 permitió brindar por primera vez una respuesta eficaz para prevenir la transmisión madre-hijo del VIH. Su aplicación en Francia y en Estados Unidos demostró la posibilidad de reducir este tipo de transmisión en un 67 por ciento y a partir de entonces, su instrumentación en los servicios de salud se volvió uno de los ejes centrales del desarrollo de las políticas para prevenir el llamado VIH-sida pediátrico.

En nuestro país, la creciente “feminización” de la epidemia, la juventud de los afectados y algunos retrasos en la aplicación de los nuevos avances dieron como resultado que la transmisión vertical del VIH se transformara en un grave problema. Por tal motivo, ocupó un lugar relevante tanto en nuestra propuesta para el área de Sida elevada a la conducción de la entonces Secretaría de Salud en diciembre de 2000 (ver Anexo I), así como en el proceso de planificación estratégica realizado pocos meses después.

Desde el primer diagnóstico de sida en un niño, en 1986 en la ciudad de Buenos Aires, se han reportado 1.032 casos de menores infectados por transmisión vertical, el 97 por ciento del total de casos para esa franja etaria. De ellos, 291 eran residentes en el distrito.

A partir de 1997 se produjo un descenso en la incidencia que coincide con el acceso al tratamiento antirretroviral y la aprobación y difusión de la "Norma Nacional de

Sida en Perinatología", que incluye la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la realización de la serología para el VIH, previo asesoramiento y respetando el consentimiento informado (ver Capítulo IV.1).

Al iniciarse nuestra gestión se definieron las siguientes líneas:



- Mejorar la accesibilidad, promover el control precoz del embarazo y el testeo con asesoramiento, tanto de la mujer como de su pareja.
- Facilitar el acceso a insumos básicos necesarios para realizar la prevención de la transmisión vertical, tales como preservativos, medicación específica, sucedáneos de leche materna para los hijos de madres seropositivas e inhibidores de la lactancia materna.
- Iniciar el abordaje tanto de la procreación como de la anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes con los equipos de salud.
- Capacitar al personal de salud en todos estos temas.

Las primeras acciones fueron:

- 1 • Dotar a los servicios de los insumos necesarios para un abordaje integral y efectivo y fomentar la adecuada utilización de los medios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.
- 2 • Promover el desarrollo de espacios de intercambio y actualización entre quienes trabajaban en el campo.
- 3 • Crear un sistema de información sobre esta temática, mediante la vigilancia epidemiológica de los partos y de los recién nacidos de madres con VIH.
- 4 • Compartir los datos con los profesionales y monitorear la aplicación de la normativa vigente.

En ese entonces era frecuente escuchar quejas de parte de los equipos de salud acerca de la existencia de problemas en la provisión de los insumos. En consecuencia, ga-

rantizar la provisión en tiempo y forma fue uno de los primeros desafíos que encaramos. El intento por normalizar la provisión se llevó adelante en el preciso momento en que estallaba la crisis socioeconómica y político-institucional que afectó al país en 2001.

Con el tiempo, de la provisión de insumos básicos para la atención pasamos a pensar en el suministro de equipamiento informático y de comunicación en los servicios con mayor número de partos, para así contribuir a la integración de los equipos y facilitar la sistematización en la recolección de los datos de la población atendida.

Se pusieron a disposición de las maternidades kits de tests rápidos de diagnóstico para VIH orientados a mujeres con control inadecuado del embarazo o que llegaban a tener sus hijos sin serología previa para VIH. Si bien estos tests ya existían, no eran accesibles para estos servicios. Además de su provisión, se elaboró una normativa y se capacitó a los equipos de los servicios de salud para su utilización.

Esta normativa planteaba que la disponibilidad de tests rápidos para el diagnóstico inmediato cuando no se conoce la serología es una estrategia útil pero de carácter paliativo, ya que no modifica el escenario del diagnóstico tardío. Sin embargo, implementar alguna de las estrategias de prevención de la transmisión siempre es mejor que no actuar en ninguna etapa.

Por otro lado, los equipos que trabajan tanto en los hospitales como en los centros de salud nos transmitieron la necesidad de contar con material gráfico dirigido a las mujeres embarazadas con información sobre el VIH-sida. Como respuesta se elaboraron e imprimieron afiches y folletos que se distribuyeron en todos los efectores del sistema de salud. De los 2,5 millones de folletos distribuidos en la ciudad, 2 millones promovían el testeo voluntario y de ellos 500 mil estaban específicamente dirigidos a mujeres embarazadas y sus parejas, teniendo en cuenta que en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires se realizan 29 mil partos anuales, aproximadamente.

Un punto de fundamental importancia fue el trabajo de articulación y actualización en el tema con los diferentes integrantes de los equipos vinculados a la atención de las mujeres embarazadas, tanto de los centros de salud como de los hospitales. Esto supuso realizar reuniones en los lugares de trabajo no sólo con los servicios de Obstetricia sino con todos los involucrados en la atención de las mujeres embarazadas, incluyendo los profesionales de Laboratorio, Farmacia, Servicio Social, Enfermería, entre varios otros.

Estas reuniones tenían como finalidad incentivar y fortalecer el trabajo de prevención de la transmisión vertical, pero también permitían conocer cuál era el circuito de los pacientes en cada establecimiento y realizar un diagnóstico colectivo acerca de los nudos o problemas de cada institución con respecto al abordaje del tema.

Otros aspectos que introdujimos en la discusión con los equipos de salud fueron, por un lado, que en el marco de la atención integral a las mujeres embarazadas se debía incluir el testeo con asesoramiento a sus parejas y, en segundo lugar, enfatizamos la importancia del seguimiento posparto centrando la mirada en la salud reproductiva y la anticoncepción más allá del uso del preservativo.

Para disponer de un instrumento que brindara sostén y respaldo a los diferentes equipos que venían trabajando en el tema, en 2001 se elaboraron las "Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH" para la ciudad de Buenos Aires. En este proceso se conformó un equipo interdisciplinario integrado por profesionales referentes de los hospitales de la ciudad y de la Coordinación Sida: bioquímicos, médicos tocoginecólogos, infectólogos, clínicos, pediatras y neonatólogos, trabajadores sociales, antropólogos y comunicadores sociales.

La primera fase del proceso permitió producir un documento base consensuado que luego fue puesto a discusión en diversos espacios y con otros actores con el fin de generar una base de consenso aun mayor. Finalmente, en

diciembre de 2002 se publicó el documento “Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes” (Coordinación Sida, 2002).

Este material, aprobado por resolución de la Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, fue distribuido ampliamente en los servicios, tanto entre el personal de planta como entre el personal en formación, y sirvió para oficializar y consolidar la política de prevención de la transmisión vertical en la ciudad de Buenos Aires que, en la práctica, ya venía instalándose de manera paulatina en los servicios. Este documento fue actualizado en 2004 utilizando el mismo sistema de producción de consensos (Coordinación Sida, 2004).

Junto a estas recomendaciones actualizadas se publicó el informe final de una investigación de carácter cualitativo sobre reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH-sida. Este estudio, producido en el marco de un acuerdo entre el Ministerio de Salud y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), nació con la intención de ser una herramienta que permitiera conocer cómo estaban afrontando esta temática los servicios de salud y sus usuarios. Concretamente, qué respuestas se estaba dando desde el sistema de salud a la vida sexual, la fecundidad, los deseos de tener hijos o no tenerlos de las personas que viven con VIH.

La publicación conjunta de estos documentos tuvo una intencionalidad clara: poner en diálogo dos tipos de instrumentos, aquellos que se vinculan con el avance de las normativas a escala nacional e internacional y los que surgen de la reflexión sobre la práctica donde esas mismas normas deberían funcionar. En realidad, se intentaba acercar dos mundos unidos en los hechos pero separados muchas veces en las “cabezas”: el de la prevención de la transmisión vertical y el de la promoción de la salud de las personas que viven con VIH en el marco de sus derechos reproductivos.

Estos instrumentos se dieron a conocer primero en forma masiva, mediante la realización de jornadas a las que se invitó a los profesionales de todas las instituciones, y luego se distribuyó y discutió su aplicación en cada hospital de acuerdo a sus características particulares (ver Capítulo III).

Dado que los diferentes circuitos de atención y diagnóstico del sistema son sectores dinámicos, fue necesario definir mecanismos de monitoreo periódico para conocer los posibles obstáculos que fueran surgiendo en el proceso de implementación de las recomendaciones. Para ello fueron centrales las reuniones periódicas en cada hospital entre el equipo de salud encargado del área y el equipo de apoyo de la Coordinación Sida.

La información es un insumo fundamental para toda gestión, tanto en el nivel central (la Coordinación de Sida en este caso) como en los niveles locales. Por tal motivo, dentro de la vigilancia epidemiológica se conformó un área específica para realizar el seguimiento de la transmisión vertical, conocer cuál era la situación real en cada hospital, poder evaluar las acciones implementadas e implementar nuevas acciones.

Para esto se diseñó e implementó una ficha de notificación de partos en mujeres embarazadas con VIH, con lo cual se intensificó la vigilancia epidemiológica sobre los partos de estas mujeres y sus hijos recién nacidos.

Más recientemente se incorporó la búsqueda activa de casos con el objeto de conocer la trayectoria en el sistema de salud de mujeres que tuvieron hijos infectados entre enero de 2003 y septiembre de 2006. Referentes de cada institución realizaron la revisión de las historias clínicas del embarazo, parto y del recién nacido para detectar obstáculos inherentes al sistema y la asistencia.

Una vez concluida la pesquisa, se realizaron reuniones generales en cada hospital con la finalidad de adelantar y difundir los resultados, así como reuniones en cada servicio de obstetricia para analizar la problemática local y consensuar las futuras intervenciones.

Esta estrategia de trabajo estimuló, por un lado, una notable mejora en la notificación de los partos de mujeres que viven con VIH y, por otro, una fuerte contribución para disminuir la transmisión del VIH madre-hijo. De hecho entre 2000 y 2006 se redujo la tasa de transmisión vertical en un **84% (de 20% a 3,2%)** y una caída del **86% (de 14 a 2)** en el número de casos de sida pediátricos residentes en la ciudad.

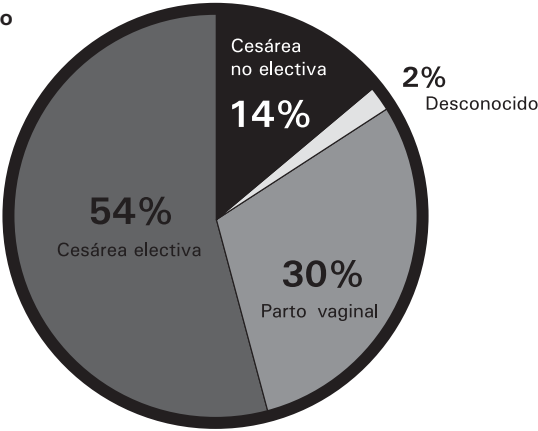
Algunos resultados particulares

El tipo de estrategia desarrollada (vigilancia epidemiológica intensificada y trabajo con los equipos hospitalarios) permitió avanzar para conocer algunas variables que tradicionalmente no eran tenidas en cuenta al proponer estrategias de intervención. Como ejemplo mostramos en la siguiente tabla algunos de los resultados de la base de datos de partos de mujeres con VIH ocurridos en las maternidades públicas de la ciudad de Buenos Aires entre enero de 2003 y agosto de 2007.

Relación temporal entre diagnóstico de VIH y embarazo

Momento del diagnóstico	Porcentaje
En un embarazo anterior	4,3
Previo al embarazo actual	56,0
En el embarazo actual	28,0
En el trabajo de parto	3,8
Desconocido	3,0

Tipo de nacimiento



Datos de la profilaxis ARV recibida

Momento de la profilaxis ARV	Porcentaje
Previo al embarazo	37 %
Durante el embarazo	87 %
Monoterapia AZT	7 %
Terapia combinada	93 %
Durante el parto	90 %
Neonato	97 %

Algunas de las conclusiones obtenidas a partir de este análisis muestran que si bien más del 60% de las madres conocían el diagnóstico de infección por VIH antes del embarazo, todavía un 38% se diagnosticó durante el emba-

razo actual. A pesar del ofrecimiento de testeo universal a todas las embarazadas, casi el 10% tuvo diagnóstico tardío durante el parto y el puerperio, y un 17% no recibió profilaxis antirretroviral prenatal. Asimismo, se pudo concluir que si bien la intervención de los servicios de salud es determinante en el descenso de la transmisión vertical, es necesario optimizar las estrategias que redunden en un control adecuado del embarazo.



BIBLIOGRAFÍA

- Coordinación Sida, Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires, *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*, Buenos Aires, 2002.
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires, *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes. Actualización 2004, Éxitos médicos, desafíos humanos, reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH. Informe Final*, Buenos Aires, 2004.

IV.9

EL TRABAJO EN PREVENCIÓN CON VARONES HOMOSEXUALES, GAYS Y PERSONAS TRANS

Darío Serantes

Guillermo Leone

Silvana Weller

En la ciudad de Buenos Aires los indicadores epidemiológicos señalan que las relaciones sexuales sin preservativo entre varones continúan siendo una importante vía de transmisión del VIH. El 31% de las nuevas infecciones registradas entre 2003 y 2005 reconoce esta vía de transmisión. Por su parte, un sitio centinela dedicado específicamente a la vigilancia epidemiológica de los varones gays confirma este dato: la prevalencia en este subgrupo poblacional ronda el 9%, mientras que en la población general, en ese mismo período, el promedio es del 0,7% (Coordinación Sida, 2006). Incluso es posible que estos datos acaso sean más altos, ya que, por un lado, las personas que van a testearse en el lugar de referencia son aquellas con mayores recursos económicos y simbólicos y, por el otro, la información proviene de las entrevistas pretest y es factible que no todas las personas estén dispuestas a brindar información sobre su orientación sexual.

Es en base a estos datos de evolución de la epidemia que afirmamos que los hombres que realizan prácticas sexuales con hombres (HSH), más allá, en este caso, de sus identidades de género y/o orientación sexual, constituyen una población con vulnerabilidad incrementada frente al VIH.

Sin intentar señalar todas sus causas, es posible afirmar que uno de los aspectos que más contribuyen a aumentar su vulnerabilidad es la estigmatización que aún existe hacia



las personas gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgéneros, bisexuales e intersexuales (GTTTLBI) en general. Todos los días alguna persona homosexual sufre discriminación, ya sea por chistes, situaciones ofensivas, porque no puede acceder a un trabajo o porque es víctima de violencia física o psicológica.

Otro factor observado en esta población es la denominada *fatiga de preservativo*. Por haber sido una población considerada grupo de riesgo –y no grupo en riesgo– se le atribuyó una peligrosidad intrínseca asociada al ser gay/homosexual. Esto no sólo aumentó la discriminación ya existente sino que colocó como “culpables” o “responsables” del crecimiento de la epidemia a quienes conforman esta población, ya de por sí vulnerable, por lo antes dicho. En ese sentido se los responsabilizó del uso del preservativo, hecho que acabó provocando este efecto paradójico, que se dio en llamar “*fatiga de preservativo*” (*condom fatigue* <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=504438> [Consulta: 25 de septiembre de 2007]), que es, básicamente, el rechazo al mismo como reacción a una coacción para su uso¹.

Para comprender mejor estos fenómenos, debemos contextualizarlos en el proceso histórico que en nuestra sociedad vivió la comunidad homosexual, que en ese sentido es heteronormativo, es decir que la prescripción de la heterosexualidad instó siempre, con mayor o menor hostilidad, a modificar las conductas sexuales que no siguieran la norma. Este cuadro de discriminación –más o menos encubierta– tiene un efecto negativo en los niveles de autonomía y empoderamiento de las personas gays y en sus posibilidades de cuidado. Ocultar la propia sexualidad se instaló como una forma de autopreservación que, como contracara, obstaculiza la prevención.

Es conocido que la estigmatización asociada al VIH se montó –a escala mundial– en grupos previamente estigmatizados y marginados, tales como usuarios de drogas, trabajadoras sexuales, hombres homosexuales o bisexuales y mujeres. De este modo, contribuyó a reforzar la sub-



¹ Ver también al respecto el fenómeno de “barebaking” reportado por estudios sobre la comunidad gay.

ordinación ya existente de estos grupos dentro de la sociedad. En este contexto, la epidemia se hizo clandestina y el silencio se volvió un recurso para evitar la exposición. Efecto que, a su vez, minó los esfuerzos dirigidos a la prevención, cuidado y apoyo, creando un círculo vicioso (Mann, 1987).

Así como en otros apartados de este libro hemos basado el ímpetu de la escritura en cierta confianza en que las cosas estuvieron hechas de un modo *suficientemente bueno*, nuestra experiencia en trabajar en prevención con población homosexual, gay y trans (travestis, transexuales y transgéneros) nos deja a la fecha con una sensación de no haber encontrado un camino adecuado, si bien como desarrollaremos en las páginas siguientes, nuestra búsqueda de alternativas fue activa y se han podido comenzar a consolidar algunas líneas.

¿Vale la pena exponer los caminos y estrategias que se implementaron, aun cuando no se desprendan “buenas prácticas”? Creemos que sí, en la medida en que, tal como señala el documento de Onusida (2007) *Derechos humanos, salud y VIH – Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*:

Desde el inicio de la epidemia, el peso relativo de la población GBT/HSB pudo haber bajado en algunos países, pero la información disponible muestra que en términos absolutos la epidemia [en esta población] está lejos de ser controlada, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y comunitarios (...) En prácticamente todos los países latinoamericanos, los más altos niveles de infección por VIH se dan entre personas y grupos GBT/HSB. Por ejemplo, de los casos de sida reportados en Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú los GBT/HSB representan entre 25% y 35%, siendo en México más de la mitad de los casos con vía de infección conocida. (Onusida, 2007: 11-12)

Período 2001-2003: el modelo clásico

Desde el comienzo de nuestro trabajo, se incluyó dentro del área de prevención un componente temático orientado al trabajo con las entonces llamadas “minorías sexuales”² (ver Capítulo III). La estrategia que adoptamos fue la que de modo retrospectivo denominamos como “modelo clásico”, a saber: buscar que las acciones del Estado estuvieran basadas fundamentalmente en brindar diferentes clases de apoyo a las organizaciones no gubernamentales con trabajo en la temática, entendiendo que, tal como señalaba la literatura internacional, eran los referentes y “efectores” naturales de esta población. Esta línea de acción implicó las siguientes actividades:

1 • Oferta de preservativos en grandes cantidades a ser gestionados por las ONG y oferta de impresión de materiales diseñados por ellos.

2 • Apoyo al centro de testeo de Nexo Asociación Civil³, que implicó recursos diferentes a lo largo del tiempo, tales como: a) inclusión del mismo en la lógica de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (oferta de capacitación, divulgación del centro en todas las piezas de comunicación de la Coordinación Sida); b) provisión del material descartable necesario para las extracciones de sangre; c) Extraccionista rentado del sistema para cubrir las necesidades durante el tiempo que fue preciso.

3 • Entrega del aval de la Coordinación Sida, como agencia estatal privilegiada del trabajo en VIH-sida en la ciudad, para todas las presentaciones que realizan las ONG a agencias de financiamiento para el desarrollo de acciones locales.

4 • Invitación a las ONG a participar de los microproyectos preventivos que se realizaron en colaboración técnica con la Cooperación Alemana-GTZ. En 2002 se orientó el financiamiento hacia Nexo Asociación Civil con el proyecto “Trabajo de prevención para el VIH en

² Luego el área pasó a llamarse “diversidad sexual”.

³ Nexo es una de las ONG más fuertes en nuestro país en la temática de la defensa de los derechos sexuales. En el año 2000 organizó un centro de testeo para VIH orientado especialmente a la población GLTTTB y hacia trabajadoras sexuales.

travestis trabajadoras del sexo en la CBA". En 2003 se volvió a financiar un proyecto de características similares que dio lugar a la formación del Grupo Tacones, primer grupo de travestis que tenían como lugar de encuentro un espacio dentro del hospital público (Hospital de Enfermedades Infecciosas J. F. Muñiz). Este trabajo se fortaleció también a través de una fuerte alianza con la Defensoría del Pueblo de la ciudad.

En 2003 el modelo de abordaje que veníamos desarrollando –según el cual, la prevención del VIH en población GLTTTBI debía darse a través de las ONG especializadas– comenzó a entrar en crisis para la mitad del propio equipo. No obstante, la reformulación del enfoque no impidió que siguieran desarrollándose las acciones preventivas en colaboración con los grupos con los que veníamos trabajando.

En los años 2004 y 2005 –en colaboración con la Cooperación Alemana-GTZ– se llevó adelante el "Proyecto de prevención de VIH-sida en el área metropolitana". Parte del financiamiento fue dirigido a sostener el trabajo de promotoras trans del Grupo Tacones, de la Fundación Buenos Aires Sida (FBAS) y de la Asociación de Travestis, Transsexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA). Para darle sustentabilidad a este trabajo en colaboración, la Coordinación Sida presentó un subproyecto al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria que permitió garantizar la continuidad de la labor de las promotoras durante los años 2005 y 2006.

Las líneas de trabajo más constantes han sido con la FBAS y con ATTTA, si bien también se mantuvieron de modo intermitente acciones con otros grupos, procurando establecer alguna clase de "mapa" de los circuitos y espacios en los cuales se encontraba la población. La idea del "mapa" apostaba a generar alguna clase de racionalidad en lo referido a la distribución de preservativos y material, y trataba de evitar superposiciones en la entrega de recursos, así como el dejar sin cobertura a grupos que escapaban a las acciones

de las ONG. En esta misma línea se hicieron diversos intentos de apostar a otros actores que, por fuera de la estructura de las ONG, tenían un mayor acceso y experiencia de trabajo con población más pobre. Así, se trabajó con un grupo de estudiantes universitarios, con chicas travestis que fueron contactadas a través de los centros de salud que conforman la red de prevención de VIH de la ciudad, con sectores religiosos orientados a esta población, entre otros.

Esta línea ha permitido mantener la presencia de material preventivo y preservativos en hoteles donde viven grupos de personas trans, boliches a los que concurre población “HSH”, espacios privados por los que circula población GLTTTBI o donde se realiza trabajo sexual.

Nuestra “crisis” con el modelo clásico se debió a varios interrogantes para los cuales aún no hemos encontrado respuestas satisfactorias. Estas preguntas son: ¿cuál es el alcance de las acciones de los grupos de ONG, en términos cuantitativos (a cuánta gente acceden) y cualitativos (¿están cubriendo a todos los grupos o a aquellos que tienen una identidad sexual y orientación más claras, es decir a los que tienen más recursos simbólicos y económicos)? ¿Cómo acceder a los grupos más pobres? ¿Cuál es el espacio público y los efectores que pueden vehiculizar los mensajes preventivos? ¿Cómo incursionar fehacientemente dentro de los ámbitos privados sin violentar su privacidad? ¿Hasta qué punto es conveniente ofrecer preservativos sin costo en espacios privados a los que concurren personas de alto poder adquisitivo?

Presencia del tema en las acciones cotidianas de la Coordinación Sida

La preocupación por mejorar las condiciones de vida y el acceso de la población GLTTTBI al sistema de salud estuvo siempre presente en las prácticas de la Coordinación, como se ejemplifica a continuación:

- 1 • Todas las capacitaciones que se hicieron incluían un encuentro destinado a actualizar las nociones de sexualidad con las que cuentan la población y los equi-

pos de trabajo en salud. Esto apuntaba a brindar conceptos que, desnaturalizando las ideas clásicas de sexualidad, favorecieran un marco conceptual para comprender las identidades de género, orientaciones y prácticas sexuales alternativas a las hegemónicas. Se organizaron también dos cursos especialmente dedicados a la problemática, orientados a sensibilizar a los equipos y a mejorar sus capacidades de trabajo (*Sexualidad, género y diversidades sexuales y su relación con el VIH/sida en 2005* y *Conceptos sobre sexualidad para el trabajo preventivo y asistencial en salud en 2006*⁴).

2 • La revista oficial de la Coordinación Sida (*Infosida*) fue vehículo de notas dedicadas al tema: “Popper” (Duranti, 2002); “Prevención y travestismo: género, cuerpo e identidad” (Barreda et al., 2003) y “Deconstruyendo tabúes: BDSM” (Duranti, 2003).

3 • Los micros preventivos “Vivir en Positivo” (ver Capítulo IV.4) incluyeron un programa dedicado al tema de diversidad sexual y VIH.

4 • El boletín digital “Herramientas preventivas en acción” dedicó dos de sus diez entregas a divulgar el trabajo realizado por personas trans hacia sus compañeras.

Modelo 2006: viejas huellas, nuevos caminos

A partir de 2006 nuestro equipo adoptó un rol más activo, menos temeroso a la hora de tomar algunas iniciativas que, vistas retrospectivamente, recuperaban acciones esporádicas que se habían dado con anterioridad, y sin las cuales las acciones que se detallan a continuación no hubieran sido posibles.

Es preciso distinguir en esta etapa dos estrategias: una orientada básicamente al acceso al preservativo de modo sistemático en el “circuito gay” (gays, homosexuales y trans) y otra que apostó a intervenir sobre los condicionantes más externos del problema del VIH en la población trans en concreto, las dificultades más generales de acceso a los servicios de salud.

⁴ Este curso fue repetido tres veces debido a la enorme demanda que tuvo dentro del sistema de salud.

Atención de la salud de personas trans: de la lucha por la visibilización a la construcción de una red de servicios amigables para las personas trans en la ciudad de Buenos Aires.

Desde hace muchos años las personas trans acceden a los hospitales públicos cuando ya es muy tarde, cuando están muy enfermas y su salud muy deteriorada. Tal como señalamos, en los últimos años en la ciudad de Buenos Aires se fueron registrando acciones positivas, aunque aisladas, con respecto al mejoramiento de la accesibilidad de la población trans al sistema público de salud. Estos logros respondieron a un movimiento que ha tenido como actores principales, en primer término, a las organizaciones de la sociedad civil conformadas por personas en defensa de los derechos sexuales. En segundo lugar, y buscando dar respuesta a estos legítimos reclamos, la Coordinación Sida, como así también profesionales aislados del sistema, fueron generando respuestas parciales en dos direcciones complementarias: 1) contribuir desde el Estado en las acciones de visibilidad y *advocacy*, a través de la difusión de la problemática en espacios de capacitación y encuentros con los equipos de salud; y 2) aparición de profesionales y equipos de salud “amigables” que brindan atención a las personas trans.

Parte de este fenómeno se debió a los efectos no planificados de la estrategia de accesibilidad al preservativo, que acercó a personas trans al sistema de salud en busca de este recurso. Vale la pena rescatar que la primera aproximación sólida entre el sistema de salud y ATTTA fue a partir de la acción de dos promotoras del Centro de Salud N° 2⁵.

A comienzos de 2006, profesionales de los centros de salud N° 13, N° 15 y de Casa Joven pidieron a la Coordinación Sida apoyo sobre información legal y científica para mejorar la atención de personas trans con quienes ya tenían contacto fluido. Este pedido motorizó la contratación por nuestra parte de un experto en el tema⁶ para que preparara un documento base con insumos básicos sobre sexualidad, identidad trans y aspectos biomédicos que abordaran la uti-

⁵ Las promotoras del Centro 2 son Norma Pizarro y Mirta Míguez. Las primeras cajas de preservativos que recibió ATTTA eran enviadas al centro de salud, de donde eran retiradas para su posterior distribución.

⁶ El doctor Ricardo Duranti.

lización de hormonas y los aspectos clínicos relevantes.

En octubre de 2006 la revisión de ese material dio lugar a un Documento Borrador. Desde la Coordinación Sida se convocó a cuarenta profesionales del sistema que ya trabajaban con población trans o que mostraban interés en hacerlo, a quienes se les envió un ejemplar del documento para su lectura y revisión crítica.

El 27 de noviembre se organizó –junto con Onusida– una Primera Ronda de Conversaciones en la cual esos cuarenta profesionales de infectología, urología, ginecología, clínica médica, endocrinología, andrología, antropología, psicología, enfermería, trabajo social y administración volcaron sus opiniones y generaron consensos y correcciones con respecto al tratamiento del tema y sobre los pasos a seguir de modo conjunto. Esta Primera Ronda de Conversaciones generó resultados de tipo político, técnico y programático.

Desde el punto de vista político, se construyó un espacio de encuentro con clima amigable que facilitó la conversación sobre temas complejos y poco abordados. Esto permitió obtener insumos novedosos por parte de los participantes, que enriquecieron el documento borrador original. También se pudieron conocer los consensos, los puntos conflictivos y las demandas de los profesionales con respecto a la atención de la población trans.

Desde el aspecto técnico, se corrigió y consensuó el documento “Atención de la salud de personas travestis y transsexuales” (Ministerio de Salud/Onusida, 2007) que consta de cinco apartados: Nociones generales sobre sexualidad; Conociendo mejor a las personas trans; La primera consulta con una trans; Consideraciones específicas sobre el tratamiento hormonal; y Consideraciones específicas sobre la atención clínica. Se han impreso y distribuido 500 de estos ejemplares entre profesionales del sistema de salud.

Desde el punto de vista programático, se pudo avanzar en la consolidación de equipos de profesionales de referencia para la atención de personas trans, primera oferta “oficial” de equipos amigables para esta población. Este

comienzo de un trabajo en red quedó plasmado también en la realización de 10 mil trípticos revisados y aprobados por cuatro ONG que trabajan con esta personas y que fueron las encargadas de difundirlo entre la población trans. También se han impreso 500 afichetas, cuya finalidad es aumentar la visibilidad de la propuesta dentro del sistema público de salud y en espacios por los que circula la población trans.

El trabajo articulado y sostenido de las ONG, los profesionales de la salud, la Coordinación Sida, la Defensoría del Pueblo y Onusida ha logrado un salto que significó pasar de instancias de *advocacy* y visibilización de la problemática de la población trans a la concreción de estrategias de aumento de la accesibilidad de la población al sistema público de salud de la ciudad.

Consolidación de una red de distribución de preservativos en el “circuito gay”

Al momento de la escritura de este texto se encuentra consolidada una red de distribución de preservativos y material gráfico en el “circuito gay”. La misma se basó en las acciones que ya fueron referidas en este apartado y fue potenciada por sucesos externos a la Coordinación así como por reordenamientos internos del equipo y nuevas incorporaciones al trabajo con diversidad sexual.

En el orden “externo” los facilitadores fueron la derogación de los edictos policiales que sancionaban a los homosexuales y a las travestis, y la posterior sanción en 2002 de la Ley de Unión Civil (N° 1004, reglamentada en 2003), que legitimó la unión de personas del mismo sexo. También es preciso señalar el aumento de la aplicación de las leyes antidiscriminación. Esto seguramente facilitó la presencia de un organismo oficial como es la Coordinación Sida en un territorio que antes era clandestino.

Las modificaciones en el componente de Diversidad Sexual implicaron la incorporación de personas con conocimiento del “circuito gay”, es decir gente que estaba vinculada no sólo a ONG sino también a lugares en los que

íbamos a desarrollar las acciones preventivas, a fin de conocer mejor el terreno. Y eso sirvió para mejorar nuestro acceso a esta población, a conocer las diferentes facetas del campo, la existencia de espacios sociales (pubs, bares, confiterías, discos, *predances*) y de otros que conservan un viso de anonimato (cines xxx, saunas, dark rooms, etcétera) y que por lo tanto, al ser lugares donde se practica sexo eventual y anónimo, involucra a grupos que toman usualmente menos cuidados en cuanto a la prevención de la transmisión del VIH. Encarar una actividad preventiva en esta población representaba un verdadero desafío, puesto que aquello que usualmente agrupamos en un “colectivo” (GLTTTBI) es en verdad un conjunto de grupos muy diversos con sus especificidades y que se diferencian del resto en cuanto a las identidades.



Establecimos contacto directo con los responsables de los principales locales de las más diversas características donde el público gay, trans y bisexual concurre en busca de encuentros, diversión, sexo, etcétera. Primero se hicieron visitas a los lugares, se estableció un primer contacto que permitió, más adelante, la distribución de preservativos y, seguidamente, se agregaron los materiales gráficos preventivos. En un lapso de un año abrimos una red de distribución de preservativos y/o materiales preventivos de 30 lugares, en los que actualmente se reparten 80 mil preservativos por mes. En esta nueva recorrida pudimos también verificar *in situ* que había lugares que efectivamente estaban siendo cubiertos a través de algunas ONG.

Algunos de los contactos que hicimos comenzaron a aportar datos que corroboraban las observaciones del área de diversidad de esta Coordinación sobre las nuevas tendencias y vulnerabilidades en la población, subrayando especialmente la actitud renuente de los jóvenes y su dificultad para incorporar el uso del preservativo. En parte –suponemos– debido a los “nuevos mitos” (por ejemplo: “el sida se cura”, “tomás una pastillita y ya está”) y asimismo al hecho de no pertenecer a una generación que atestiguó los estragos de la epidemia cuando todavía no existían los “cócteles”.

BIBLIOGRAFÍA

- Coordinación Sida, "Situación epidemiológica del VIH-sida en la ciudad de Buenos Aires". En *Infosida* N° 5, pp. 4-17, Buenos Aires, diciembre de 2006.
- Coordinación Sida, Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires/Onusida, *Atención de la salud de personas travestis y transexuales*, Buenos Aires, 2007.
- Barreda, V., Alarcón, G. e Isnardi, V., "Prevención y travestismo: género, cuerpo e identidad". En *Infosida* N° 3, pp. 44-49, Buenos Aires, octubre de 2003.
- Duranti, R., "Deconstruyendo tabúes: BDSM". En *Infosida* N° 3, p. 63, Buenos Aires, octubre de 2003.
- Duranti, R., "Popper". En *Infosida* N° 2, p. 29, Buenos Aires, octubre de 2002.
- Onusida, Centro Internacional de Cooperación Técnica y el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal para América Latina y el Caribe (GCTH), *Derechos humanos, salud y VIH – Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género*, Buenos Aires, 2007.
- <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=504438> [Consulta: 25 de septiembre de 2007].



LOS ESTUDIANTES Y LOS DOCENTES: DEL VOLUNTARISMO A LA POLÍTICA

Patricia Orge

Agustín Rojo

Martha Weiss

Sandra Di Lorenzo

Desde sus inicios, la Coordinación Sida buscó desarrollar una política de articulación y trabajo intersectorial con el Ministerio de Educación de la ciudad de Buenos Aires. Los importantes niveles de escolarización que caracterizan a la ciudad hacen de la escuela un ámbito insoslayable al momento de encarar una estrategia de prevención en la población de niños y jóvenes. Además, a diferencia de lo sucedido en el Programa Municipal de Sida antecesor de la Coordinación, que no había desarrollado prácticamente ninguna actividad de prevención, desde el área de Educación se habían encarado diversas iniciativas tendientes a formar a los docentes y sensibilizar a los alumnos en relación con el VIH-sida.

Un hecho clave dentro del proceso recorrido por el Ministerio de Educación de la ciudad en el terreno del VIH-sida fue la dramática situación vivida por un chico de 13 años, cuya incorporación a una escuela pública fue resistida por varios padres al enterarse que vivía con el virus. Era el año 1989 y la trascendencia de este caso llevó a las autoridades del área a conformar un programa propio en ese ministerio, para comenzar a dar una respuesta institucional a la realidad de la epidemia en las escuelas. Cursos periódicos de capacitación docente, así como actividades con los alumnos (concursos de afiches y letras de canciones, obras de teatro disparadoras de talleres) y la conformación de un Centro de Documentación sobre VIH-sida

fueron algunas de las principales líneas de trabajo implementadas por el Programa de Sida del área de Educación.

Al comenzar la tarea en la Coordinación Sida nos pareció natural tomar contacto con este programa, ya que nuestra finalidad política era justamente aunar y potenciar las iniciativas generadas de manera espontánea y en base a demandas concretas en diferentes ámbitos gubernamentales y no gubernamentales.

Primera etapa: racionalizar la respuesta a la demanda

En efecto, tanto por razones prácticas como por cuestiones ideológicas y hasta de sentido común, era lógico que a las escuelas y desde las escuelas llegaran múltiples demandas de charlas, cursos e información sobre servicios, que eran respondidas de manera asistemática y muchas veces exclusivamente desde la buena voluntad. Por eso durante la primera etapa de nuestra relación con el Ministerio de Educación de la ciudad, buscamos racionalizar de alguna manera la respuesta a estas demandas. Para ello se conformó dentro de la Coordinación un miniequipo –el componente de Educación– que sería el interlocutor operativo con dicho ministerio.

Aunque pueda parecer una formalidad, no es menor el hecho de que fue el propio Ministerio de Educación el que designó primero a una y sucesivamente a dos especialistas más, provenientes de su propia estructura (y sostenidas con su presupuesto) para que conformaran este miniequipo. Aunque, como veremos, en esta etapa las acciones desarrolladas en conjunto no fueron demasiadas, sí pudo establecerse un marco general de acuerdo interinstitucional –entre los ministerios de Educación y Salud– que, con diferencias, se sostuvo a lo largo de la gestión.

Siempre con la política de potenciar lo ya existente y complementar lo que estuviera faltando, la Coordinación contactó al mencionado Programa de Sida del Ministerio de Educación. Así fue que nos interiorizamos sobre los mecanismos con los que venían trabajando en el seguimiento y



apoyo de docentes y alumnos con VIH-sida en las escuelas (el manejo de la confidencialidad, la preservación de la regularidad académica de alumnos que muchas veces debían ausentarse de las clases) e intercambiamos información sobre las acciones preventivas realizadas y proyectadas por ambos. Pusimos a disposición los materiales producidos por la Coordinación y recibimos de parte del programa la invitación a utilizar su Centro de Documentación. Asimismo se acordó que estas tareas continuarían bajo su responsabilidad, ya que eran de incidencia directa del Ministerio de Educación.

Otro tanto ocurrió con el Centro de Pedagogías de Anticipación (CePA), institución de capacitación docente dependiente también del Ministerio de Educación. En este caso nos pusimos al corriente de que desde ese centro se dictaba lo que en un primer momento fue un “Curso de multiplicadores de la acción educativa frente al sida”, y que con el tiempo se transformó en un curso de capacitación docente sobre la temática. Dado que dicho curso se había sostenido en el tiempo y, a la vez, había actualizado permanentemente sus contenidos, lo consideramos un recurso valioso con el que podíamos articular tareas desde un primer momento. Por eso continuó ofreciéndose a los docentes de manera regular y con la misma modalidad: una semana de dictado intensivo durante el mes de febrero, previo al comienzo del año lectivo.

Pero el espacio de articulación entre Salud y Educación incluía también a otros actores de ambos ministerios que hacían más compleja la tarea de racionalizar la respuesta a la demanda. Por ejemplo, desde el Ministerio de Salud intervienen en el ámbito de Educación el Programa de Salud Escolar y los equipos territoriales dependientes de los hospitales; a su vez, el Ministerio de Educación se ocupa de cuestiones vinculadas a la salud en general y al VIH-sida en particular a partir del Programa de Acompañamiento Socioeducativo (ASE) y de diversas ONG que, a través de acuerdos con el ministerio, concurren a las escuelas a hacer talleres sobre sexualidad, VIH-sida y derechos de los jóvenes en general.

Las diversas reuniones de nivel político, los encuentros tendientes a operativizar acciones y los talleres con algunos equipos locales sirvieron más para mostrar las limitaciones que nos imponía la realidad institucional que como posibles vías de solución para dar respuesta a esta complejidad.

El correlato de esta etapa, en términos de producto, no fueron acciones en el terreno sino la publicación en forma conjunta entre los ministerios de Salud y Educación del documento/libro “Salud, sexualidad y VIH-sida: actualización para el debate con los docentes”. Era la primera vez en la historia de estas instituciones que se lograba producir un material de estas características avalado formalmente por ambas. Se trata de un libro diseñado siguiendo las modernas teorías de la *educación para la comprensión* que hacen hincapié en la necesidad de “comprender” para favorecer un cambio de comportamiento (teniendo en cuenta todas las mediaciones que intervienen entre comprensión y comportamiento) y cuyas propuestas han sido validadas en distintas regiones de Argentina y de América latina. La propuesta de Enseñanza para la Comprensión (EpiC) no implica desechar todo lo que se hace en la escuela actual, con la pretensión de hacer una innovación radical. La premisa es ambiciosa y crucial: enseñar más y mejor. Cuando este desafío se responde a conciencia y con espíritu crítico, la conclusión es que los sistemas educativos formales o no formales necesitan reinventarse a sí mismos, refundarse con otras expectativas, con otro contrato fundacional y otras herramientas que la ciencia ha puesto al servicio del conocimiento. Se trata de revisar y hacer de un modo diferente lo que se ha tenido por sabido durante doscientos años de administración educativa (Lombardi y Pogr , 2004).

“Salud, sexualidad y VIH-sida” es una herramienta que proporciona ideas y propuestas para profesores de cualquier espacio curricular que deseen abordar en el aula actividades de promoción de conductas que favorezcan en los adolescentes el cuidado hacia su propio cuerpo, su salud personal y la salud de su entorno, promoviendo la com-

prensión y favoreciendo la emergencia de desempeños concretos que demuestren esa comprensión. Se organiza en torno a tres bloques de contenidos interrelacionados y se orienta al logro de objetivos convergentes entre sí:

- Bloque 1: Salud
- Bloque 2: Sexualidad y adolescencia
- Bloque 3: Prevención del VIH-sida

Esta secuencia temática posibilita inscribir el problema del VIH-sida en un marco conceptual en el que la salud no se agota en cuestiones médico-biológicas sino que abarca también las determinaciones sociales, culturales y subjetivas que se erigen en obstáculos a la hora de adoptar medidas de cuidado y que muchas veces generan actitudes discriminatorias y estigmatizantes. Cada uno de estos bloques incluye una serie de dinámicas de trabajo en el aula y un anexo bibliográfico específico que reflejan el mismo abordaje planteado a nivel conceptual.

***Segundo momento:
institucionalizando la política definida***

En 2003, el titular de Educación de la ciudad pasó a desempeñarse como ministro de Educación del Gobierno nacional y con la nueva gestión local se abrió un proceso de institucionalización de la política propuesta y acordada en la etapa anterior. Así, desde el nivel central se planificó la difusión del documento “Salud, sexualidad y VIH-sida” dentro del sistema educativo, a través de sus canales formales, caracterizados por una marcada verticalidad. En este sentido, Educación y Salud tienen analogías fuertes: un nivel central (el ministerio) y una amplia red de instituciones descentralizadas (en el caso de Educación, escuelas agrupadas en distritos y regiones cada uno con sus respectivas autoridades). Se repite el choque entre una estructura formalmente centralizada que, en los hechos, debe enfrentar los múltiples lugares de poder/resistencia/apoyo a las políticas definidas desde su vértice.

Teniendo en cuenta esto, primero se presentó el libro

en forma conjunta con las máximas autoridades del Ministerio de Educación a todos los supervisores del sistema y directores de áreas. Luego, se realizaron encuentros por regiones a los que se convocó a directivos, docentes, preceptores, equipos de salud que tuvieran contacto con las escuelas, al ASE, a profesionales independientes regularmente invitados por las escuelas para “dar charlas” y a las ONG que también lo hacen.

Estos encuentros regionales intentaban dar una lógica territorial al trabajo preventivo de las escuelas que rompiera con la compartimentación característica tanto del sistema educativo como del de salud. Aquel acuerdo logrado para la redacción de un libro debía tomar cuerpo en las instituciones descentralizadas. Se realizaron veinte encuentros que cubrieron las ocho regiones en las que se agrupan las escuelas medias de la ciudad, cuyo propósito era dar difusión a los recursos públicos en materia de prevención y asistencia del VIH-sida. La consigna de trabajo fue “Para usar mejor los recursos que tenemos”, habida cuenta de que, en gran medida, los propios trabajadores de educación y salud desconocían muchos de los servicios y o actividades desarrolladas “a la vuelta” de sus respectivos lugares de trabajo.

Para apoyar esta tarea se editaron los materiales “Hablemos de VIH-sida, guía de información básica” y el tríptico “En las escuelas de la ciudad, hablamos de VIH-sida”.

Esta línea de trabajo posibilitó la difusión de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD), la red de bocas de distribución gratuita de preservativos y las disposiciones legales existentes que garantizan la atención a niños/as y adolescentes en la ciudad de Buenos Aires sin requerir autorización de adultos. Con estos encuentros regionales, en 2005 logramos llegar a 250 escuelas medias y a 300 docentes de escuelas públicas de la ciudad. En muchos casos, fueron el comienzo de un vínculo directo con la Coordinación Sida que permitió que se les brindara asistencia pedagógica para el trabajo en prevención, además de incorporarlas a nuestro circuito de comunicación insti-

tucional. Así, estas instituciones educativas se mantienen hasta hoy al tanto de las novedades que se producen en el terreno de la capacitación (cursos, talleres) así como en los recursos de asistencia y prevención (apertura de nuevos CePAD y bocas de distribución de preservativos). Para muchas de ellas, la Coordinación funciona como un espacio de consultoría. Con modalidades diferentes –monitoreo, asesoramiento– acompañamos a ONG o equipos de educación que realizan acciones de prevención desde hace tiempo y buscan hacer más eficaz su tarea.

Otra de las acciones singulares durante esta etapa fue la organización de una Jornada de Trabajo en todas las escuelas de nivel medio de la ciudad, durante la cual cada uno de los alumnos recibió los materiales gráficos elaborados (guía y tríptico) y se debatió no sólo sobre el VIH-sida en general sino también sobre los recursos existentes en sus respectivos barrios.

Los estudiantes secundarios elaboraron mensajes y afichetas con los datos necesarios para potenciar la accesibilidad a estos recursos y participaron de talleres para instalar el tema con estrategias comunicativas diversas. Fue una etapa de coordinación de la política desarrollada, en la que se logró producir un impacto mayor en los niveles locales a partir de una estrategia elaborada desde el nivel central.

Finalmente, cabe destacar la organización de un Concurso de Historietas para el nivel medio, cuyo eje fue la discriminación: “¿Qué nos pasa con el VIH-sida?” fue la consigna. La idea era sacar a los jóvenes del lugar de “adultos en pequeño” en el que habitualmente se los coloca al pedirles que elaboren mensajes preventivos. Más que el “deber ser o hacer”, intentábamos crear un dispositivo que permitiera expresar los problemas reales asociados a la discriminación y que son vividos cotidianamente en las escuelas.

La experiencia resultó especialmente apta para impregnar al sistema educativo de otras formas de abordar la temática del VIH. Desde la Coordinación se organizaron talleres con los docentes responsables de acompañar a los chi-

cos participantes del concurso, en los que se abordaron centralmente los temas del estigma y la discriminación asociados al VIH-sida. Se realizó una selección de materiales bibliográficos orientados a estos docentes y otros para los jóvenes. Como parte de la preparación para elaborar la historieta, se les dio la oportunidad a los estudiantes y docentes de participar de la proyección de dos películas (*X-men* y *Bolivia*) que permiten analizar el tema de la discriminación desde diferentes ángulos. En este marco, se concretaron dos encuentros con los historietistas Lucas Nine y Maitena, quienes relataron su experiencia de trabajo.

Al promediar esta etapa, y en cada una de las iniciativas encaradas, fuimos acentuando permanentemente la necesidad de articulación territorial entre los sectores de educación, salud, OSC y ONG. De hecho, este esfuerzo se ve expresado en la inclusión de las escuelas referenciadas con la Coordinación dentro de la Red de prevención y del componente o miniequipo de Educación dentro de los equipos territoriales de referencia (ver Capítulo III).

Tercer momento: de acompañantes a protagonistas

La tensión entre la voluntad política de tener una estrategia en VIH-sida común a todas las áreas de gobierno, expresada en la propia creación de la Coordinación Sida, y la tradicional fragmentación de la administración del Estado local, eran el telón de fondo de los avances y retrocesos en las iniciativas que impulsábamos desde Salud para trabajar con Educación. No estaba en nuestras manos superar esta fragmentación ni la tradicional manera de entender las escuelas, los centros de salud o los hospitales como islas más o menos independientes entre sí.

Desde esta perspectiva, lo realizado en las etapas anteriores terminó siendo más un “acompañamiento”, en algunos momentos más importante que en otros, a las definiciones propias del Ministerio de Educación.

A principios de 2006 tuvo lugar en la sociedad un

fuerte debate en torno a la sanción de la Ley de Educación Sexual Integral, que vino a poner fin a tres años de discusiones estériles. La Coordinación comenzó a tomar protagonismo en este debate político, tanto a partir de las personas que conformaban su equipo (muchas de las cuales, como se señaló antes, provienen del Ministerio de Educación), como por sus producciones vinculadas a la temática del VIH-sida y de la sexualidad entendida en un sentido amplio.

En efecto, la persona designada por el ministro de Educación para coordinar los equipos que diseñarían los contenidos curriculares así como los dispositivos de capacitación docente era quien había conducido nuestro miniequipo de Educación al iniciarse la gestión de la Coordinación Sida. Por este motivo, cuando desde ese ministerio nos solicitaron que el resto de nuestro miniequipo se sumara a esta tarea (y volviera así a su “lugar de origen”) entendimos que se trataba de un salto cualitativo que permitiría dar un mayor nivel de institucionalización a la prevención del VIH-sida en las escuelas.

Mucho antes de la sanción de la ley, desde la Coordinación se había hecho un relevamiento que daba cuenta de la presencia o ausencia del tema “educación sexual” y también “VIH-sida” en los diseños curriculares vigentes. Su objetivo era construir una línea de base en la que inscribir las acciones futuras. Ese documento, que habíamos hecho llegar a la Dirección de Currícula del Ministerio de Educación, no tuvo mayor trascendencia en dicho ámbito hasta que, sancionada la Ley 2.110 de Educación Sexual Integral, en octubre de 2006, se lo tomó como punto de partida para definir los contenidos curriculares.

En efecto, a partir de la sanción de la ley, el tema del VIH-sida quedó incluido en los diseños curriculares de los diferentes niveles de enseñanza: inicial, primaria y media. En cada uno de ellos, la problemática fue incorporada teniendo en cuenta las necesidades de los alumnos destinatarios según la etapa vital por la que atraviesan.



En cuanto a la información brindada, se buscó que fuera confiable, sencilla y pertinente y que se orientara al cuidado y la prevención. Pero además, desde los diseños se estableció una perspectiva de acercamiento al tema: que el trabajo con los estudiantes debe permitir analizar los prejuicios y hechos discriminatorios presentes en la sociedad. De esta manera, los contenidos curriculares definen un abordaje que excede el mero hecho informativo para incorporar el marco histórico y subjetivo en que dicha información debe ser procesada y finalmente comprendida. Así, en el nivel de enseñanza media, el tema es abarcado por dos ejes temáticos: **Salud y calidad de vida** y **Derechos humanos y sexualidad**, que atraviesan materias como psicología, biología, filosofía, medios de comunicación e historia, entre otras.

En los prediseños correspondientes se incorporan criterios, sugerencias e información tendientes a:

- trabajar sobre las características de la infección por VIH-sida en Argentina, especialmente en la ciudad de Buenos Aires;
- identificar situaciones de vulnerabilidad;
- promover el uso del preservativo; y
- brindar información acerca de los centros en los que este recurso se distribuye de manera gratuita.

En cuanto al nivel primario, la problemática del VIH-sida aparece como un contenido a ser trabajado en el segundo ciclo –en 6° y 7° grado– dentro del eje de **Derechos**, específicamente como parte del derecho al cuidado de la salud. Entre los temas incluidos están las vías de transmisión del virus y los cuidados para la prevención.

Un dato significativo es que en los diseños curriculares de todos los niveles educativos se incorporó información detallada sobre recursos de la ciudad, entre los cuales se encuentran los CePAD, los lugares de distribución de preservativos y las líneas de teléfono gratuitas a las cuales recurrir para solicitar información sobre VIH-sida.



Productos de la Coordinación a disposición de la formación docente

En la segunda quincena de febrero de 2007 se hicieron cinco encuentros enmarcados en lo que fue la primera presentación a la comunidad educativa de una política tendiente a garantizar la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral, aprobada a fines del año anterior.

Las reuniones fueron convocadas desde el Ministerio de Educación y los participantes tenían el siguiente perfil: personal directivo de los establecimientos educativos públicos de la ciudad de los diferentes niveles y modelos (nivel inicial, primario, media, adultos y profesorado) y supervisores. Fueron en total mil personas, y a cada una de ellas se les entregó un ejemplar del libro "Salud, sexualidad y VIH-sida", así como un catálogo y muestras de materiales gráficos elaborados por la Coordinación disponibles para la tarea con los estudiantes. En el contexto de los encuentros se repartieron también 180 rotafolios especialmente diseñados para el trabajo "cara a cara" a los directores de escuelas de adultos y a los capacitadores del CePA. Estos rotafolios abordan nociones sobre sexualidad y cuidados, poniendo énfasis en la reproducción, anticoncepción, ITS y VIH-sida.

El papel central de la Coordinación en estos eventos y en las posteriores iniciativas de capacitación llevadas a cabo desde las instituciones del sistema educativo expresó el profundo cambio cualitativo experimentado en nuestra relación con dicho sistema.

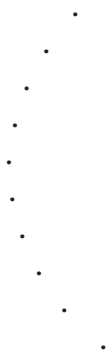


BIBLIOGRAFÍA

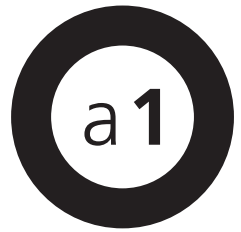
- Lombardi, G. y Pogr , P, *Escuelas que ense an a pensar*, Buenos Aires, Papers Editores, 2004.

a

A n e x o s



PROPUESTA PARA EL ÁREA SIDA EN LA SECRETARÍA DE SALUD, CIUDAD DE BUENOS AIRES, DICIEMBRE DE 2000



Principios generales que orientarán la política de la Dirección:

- Abordaje interdisciplinario de la problemática VIH-sida.
- Establecimiento de líneas de acción interinstitucionales (Salud, Educación, Justicia, Promoción Social, provincias, municipios del Gran Buenos Aires).
- Fortalecimiento del trabajo en red en el terreno preventivo, asistencial y de laboratorio.
- Trabajo conjunto con organizaciones de la sociedad civil.
- Incorporación al trabajo de PVVS.
- Trabajo en prevención sobre los siguientes ejes: promoción y accesibilidad a preservativos, reducción de daños, tratamiento para mujeres embarazadas VIH positivas.
- Trabajo en atención sobre la accesibilidad a los tratamientos. Provisión y simplificación del trámite. Adherencia a los tratamientos.

Esta área deberá contar con cuatro componentes:

- a • Asistencia
- b • Prevención
- c • Estudios epidemiológicos
- d • Comunicación social

Asistencia

Misiones

- Distribuir medicamentos, reactivos y preservativos en los efectores públicos de la ciudad.
- Normatizar tratamientos y diagnóstico.
- Establecer una red asistencial y de laboratorio.
- Desarrollar centros de diagnóstico y asesoramiento.

Prevención

Misiones

- Establecer directrices del trabajo en prevención.
- Distribuir y/o mejorar la accesibilidad a los preservativos.
- Desarrollar programas de reducción de daños en UDI.
- Promover la prueba serológica en general y en embarazadas en particular.
- Implementar acciones preventivas interinstitucionales (Salud, Educación, Justicia, Promoción Social).
- Implementar acciones orientadas a poblaciones específicas.

Estudios epidemiológicos

Misiones

- Desarrollar la vigilancia epidemiológica del VIH-sida.
- Desarrollar estudios sobre comportamientos.
- Desarrollar la vigilancia sobre las ETS.
- Desarrollar y distribuir una publicación sobre sida de la ciudad.

Comunicación social

Misiones

- Establecer mensajes para una comunicación masiva.
- Establecer estrategias para campañas focalizadas.
- Establecer estrategias para campañas orientadas al equipo de salud.
- Desarrollar materiales de apoyo para las distintas estrategias del área.



Plan de acción:

ESTRATEGIAS

ESTRATEGIA PREVENTIVA (I)

a) Desarrollar actividades de prevención que incluyan campañas masivas y focalizadas de información.

b) Desarrollar otras formas de información que contemplen también a la población socialmente excluida.

c) Promover prácticas sexuales de bajo riesgo.

d) Incrementar el acceso a preservativos masculinos y femeninos.

e) Promover la educación sexual en jóvenes escolarizados y no escolarizados.

f) Incorporar la reducción de daños en población usuaria de drogas.

g) Intensificar el asesoramiento y el diagnóstico serológico de la infección por VIH en el control prenatal.

h) Incorporar la prevención del VIH-sida en los servicios de ginecología y de planificación familiar.

ACCIONES

a.1) Desarrollar los contenidos y campañas de prevención junto con los distintos actores locales y promover la participación de OSC.

b1) Producir materiales informativos y desarrollar actividades de difusión en grupos específicos.

c.1) Realizar talleres para grupos de mayor vulnerabilidad.

d.1) Cumplimiento de la ordenanza municipal que exige dispensadores en lugares públicos.

e.1) Realizar talleres de coordinación con representantes de otras áreas (Educación, Desarrollo Social).

e.2) Realizar talleres de capacitación para docentes y para formación de replicadores entre los alumnos.

f.1) Desarrollar programas de reducción de daños, con participación de OSC, capacitar al personal e implementarlos en áreas de alta prevalencia.

f.2) Capacitar al personal de salud, drogas, seguridad y OSC para promover programas de reducción de daños.

g.1) Capacitar a los equipos de salud a través de talleres.

g.2) Garantizar el acceso a la medicación de las mujeres embarazadas.

g.3) Elaborar un formulario para los servicios de control prenatal, difundirlo en la comunidad y profesionales del área materno-infantil.

h.1) Capacitar a través de talleres y otras acciones junto con los programas de Salud Sexual y Reproductiva y con las sociedades científicas.

i) Fomentar centros de diagnóstico anónimos y confidenciales.

j) Asegurar el suministro de sangre segura.

k) Asegurar la prevención en los trabajadores de salud.

i.1) Establecer nuevos centros.

j.1) Desarrollar programas de control de calidad de bancos de sangre.

k.1) Desarrollar una base de datos sobre accidentes laborales.

k.2) Asegurar kits para tratamiento pos accidente.

k.3) Desarrollar talleres sobre bioseguridad para los trabajadores de salud.

ESTRATEGIA ASISTENCIAL (II)

a) Facilitar el acceso al asesoramiento, al diagnóstico serológico de la infección por VIH, al tratamiento y entrega de material preventivo en todos los establecimientos de salud públicos.

b) Facilitar el acceso a los servicios de salud de las PVVS.

c) Garantizar la calidad del diagnóstico de la infección por VIH.

d) Garantizar la distribución gratuita de medicamentos y preservativos.

e) Normatizar la atención integral adoptando criterios de nuevas formas de atención.

f) Implementar redes asistenciales con referencia y contrarreferencia.

g) Mejorar la eficacia y eficiencia de los servicios asistenciales públicos para la atención del VIH-sida y coordinar con los sectores de la seguridad social y privado.

a.1) Talleres de capacitación en diagnóstico y asistencia.

a.2) Entrega de preservativos en todos los establecimientos asistenciales.

a.3) Garantizar diagnóstico y tratamiento de las PVVS.

b.1) Talleres de capacitación en asesoramiento e incentivo a la realización del diagnóstico serológico de la infección por VIH.

c.1) Implementar control de calidad en la red de laboratorios.

d.1) Desarrollar una red normatizada y con capacitación en la distribución de medicamentos y preservativos.

d.2) Trabajar sobre la adherencia al tratamiento.

e.1) Realización de talleres y distribución de normas.

f.1) Realizar un relevamiento de recursos humanos y técnicos.

f.2) Capacitar al personal de salud sobre la importancia de la red.

g.1) Normatizar el tratamiento de VIH-sida. Distribución de normas y control de calidad de la atención basada en normas.

h) Coordinar e integrar con distintos programas de salud y acción social, como maternidad e infancia, adolescencia, servicios de atención a usuarios de drogas y menores vulnerables.

i) Promover la garantía de los derechos fundamentales de las personas afectadas directa o indirectamente por VIH-sida.

j) Promover el tratamiento de las mujeres infectadas embarazadas.

k) Garantizar el acceso a información y servicios de salud reproductiva de las personas que viven con VIH-sida.

l) Desarrollar los cuidados paliativos con equipos interdisciplinarios.

h.1) Talleres de capacitación con personas de cada una de las áreas.

i.1) Talleres de capacitación sobre los derechos de las PVVS.

i.2) Publicar cartillas de derechos humanos. Establecer mecanismos de control.

i.3) Crear Comité asesor en la ciudad en derechos humanos, ética y VIH-sida.

j.1) Capacitar al personal y realizar evaluaciones periódicas.

k.1) Divulgar a través de folletos acerca de la salud reproductiva y los servicios de salud.

k.2) Capacitar y establecer por lo menos un servicio de salud reproductiva para mujeres VIH positivas.

l.1) Desarrollar talleres de capacitación.

ESTRATEGIA ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS (III)

a) Mejorar la vigilancia epidemiológica, reducir el subregistro de personas enfermas y la demora en la notificación, y mejorar la notificación de las muertes.

b) Realizar investigaciones sobre prácticas sociales y costumbres en diferentes poblaciones.

a.1) Incorporar al sector privado y de la seguridad social como efectores de notificación.

a.2) Capacitar a los equipos de los sitios centinela y equiparlos con los recursos necesarios.

a.3) Facilitar acceso a correo electrónico a todos los hospitales para la vigilancia.

a.4) Conformar una red informática.

a.5) Desarrollo y sostenimiento de un boletín.

b.1) Recolección de la información existente en los ámbitos estatales, académicos y ONG.

b.2) Establecer un grupo de trabajo en el área, con desarrollo interinstitucional.





**MINISTERIO DE SALUD, GCBA.
PROPUESTA DE ESTRUCTURA PARA LA DIRECCIÓN
GENERAL COORDINACIÓN SIDA, AÑO 2004**

Dirección General Coordinación Sida
Departamento de Investigaciones y Epidemiología
Departamento de Logística y Administración
Dirección de Desarrollo Hospitalario
Dirección de Desarrollo Territorial
Dirección de Comunicación Social y Prevención
en el Ámbito Educativo.

Dirección General Coordinación Sida
Descripción de Responsabilidades Primarias
(Decreto GCABA 2720/2003)

Descripción de acciones

- Coordinar todos los programas y acciones relativos a la prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.
- Coordinar la ejecución de todos los convenios suscritos por el GCABA relativos a la materia.

Departamento de Investigaciones y Epidemiología

Descripción de acciones

- Realizar la vigilancia epidemiológica del VIH-sida en la ciudad y en aquellas poblaciones representativas.
- Analizar los resultados obtenidos y darlos a conocer a las autoridades del Gobierno y a la ciudadanía.
- Establecer un sistema de recolección de información de las personas infectadas y enfermas por el VIH-sida en la ciudad, tanto para el ámbito público como privado.
- Incorporar información sobre la venta y/o el uso de preservativos y de jeringas.
- Ejecutar el seguimiento de poblaciones seleccionadas para evaluar el impacto de la asistencia.



- Monitorear mecanismos de adherencia.
- Sistematizar la información proveniente de accidentes laborales y no laborales vinculados al VIH-sida.
- Trabajar en forma conjunta con investigadores de las diferentes instituciones, proponiendo líneas de investigación en el ámbito de la ciudad.
- Recopilar investigaciones llevadas a cabo en la ciudad por científicos sociales de las universidades y centros de investigación de Buenos Aires y divulgarlas entre los interesados.
- Promover el establecimiento de una red que permita la comunicación entre los servicios y los investigadores académicos.
- Desarrollar un sistema de información epidemiológica de VIH-sida en embarazadas y niños que incluya la notificación de seroprevalencia de embarazadas al momento del parto.

Departamento de Logística y Administración

Descripción de acciones

- Recibir y gestionar los pedidos de medicamentos específicos de los hospitales de la ciudad ante el Ministerio de Salud de la Nación.
- Registrar los pedidos de medicamentos de cada hospital.
- Analizar los pedidos de medicamentos de cada hospital y establecer las pautas de prescripción de cada uno de ellos.
- Recibir y gestionar los pedidos de reactivos de diagnóstico para VIH-sida de los hospitales ante la Secretaría de Salud del GCBA y el Ministerio de Salud de la Nación.
- Relevar las necesidades de materiales preventivos (profilácticos, material gráfico de mano, afiches, etcétera) para su distribución en las instituciones comunitarias de la ciudad.
- Gestionar la distribución de los materiales preventivos, en tiempo y forma, a todas las instituciones de la ciudad que lo requieran.
- Gestionar los pedidos de carga viral de todos los pacientes que se atiendan en los hospitales públicos del GCBA.
- Llevar un archivo de toda la documentación que llegue o se genere en la Dirección General, incluyendo bases de datos

para medicamentos, cargas virales y material preventivo (profilácticos, material gráfico de mano, afiches, etcétera).

- Facilitar los trámites burocráticos que deben realizar los pacientes para acceder a la medicación y a los estudios específicos.
- Realizar las tareas administrativas necesarias para el buen funcionamiento de la Dirección General.

Dirección de Desarrollo Hospitalario

Descripción de acciones

- Promover el desarrollo de la prevención integral de la infección por VIH-sida en el ámbito hospitalario.
- Promover y facilitar la atención integral de las personas viviendo con VIH-sida en el ámbito hospitalario, incluyendo prevención secundaria de las mismas.
- Promover y facilitar el acceso de las mujeres embarazadas a la atención sanitaria.
- Promover el testeo informado y voluntario de las mujeres embarazadas y sus parejas.
- Favorecer el acceso de las embarazadas VIH positivas a recursos asistenciales que ayuden a disminuir la transmisión vertical.
- Promover la construcción de una red de asistencia integral (médica, de laboratorio, farmacológica, psicológica, social, de salud reproductiva, etcétera) de la mujer embarazada VIH positiva, su pareja y su hijo recién nacido.
- Capacitar al equipo de salud hospitalario (materno-infantil) que interviene en el proceso de atención de la embarazada VIH positiva y de su hijo recién nacido.
- Proponer la actualización de las Normas de Perinatología en VIH-sida para la ciudad de Buenos Aires.
- Promover estrategias alternativas ante el fracaso de la captación temprana de la embarazada.
- Proponer políticas que tiendan al respeto a la autonomía y a los derechos reproductivos de las mujeres.
- Estimular en los lugares de atención médica de las personas que viven con VIH-sida la conformación de grupos de autoayuda, contención, asesoramiento y esclarecimiento destinados a pacientes y a sus familiares.

- Promover la adherencia como un mecanismo central en la calidad de vida de los pacientes.

Dirección de Desarrollo Territorial

Descripción de acciones

- Contemplar la perspectiva de género en todas las acciones que desarrolle la Dirección General.
- Mantener contacto permanente y sistemático con organizaciones de la sociedad civil que trabajen con usuarios de drogas y/o grupos de usuarios de drogas, así como con las que trabajen con personas pertenecientes a las minorías sexuales que viven en la ciudad.
- Fijar criterios de intervención con las minorías sexuales en el ámbito de la ciudad.
- Releva las consultas de los usuarios de drogas en los establecimientos asistenciales públicos de la ciudad.
- Desarrollar proyectos de prevención de la infección del VIH-sida en usuarios de drogas, basados en la política de reducción de años en el ámbito de la ciudad.
- Diseñar y proponer criterios para la instalación de los CePAD (localización física, tamaño, personal, etcétera).
- Fortalecer la articulación de los recursos existentes dentro de las instituciones públicas de la ciudad y en instituciones comunitarias, para la puesta en marcha de los centros orientados hacia la prevención, el asesoramiento y el diagnóstico de VIH-sida (CePAD).
- Fomentar la creación de CePAD en centros de salud y centros comunitarios, teniendo en cuenta la información epidemiológica disponible.
- Proveer de materiales preventivos e insumos para el diagnóstico a los CePAD.
- Monitorear en forma continua las actividades que desarrollen los CePAD.
- Fomentar la participación activa de la comunidad en las actividades de los CePAD.
- Promover una red asistencial “amigable” dirigida fundamentalmente a las trabajadoras sexuales y a travestis.

- Relevar periódicamente las necesidades, posibilidades y la adhesión de las instituciones públicas de salud y de las instituciones comunitarias de la ciudad, para la distribución de materiales preventivos (profilácticos, material gráfico de mano, afiches, etcétera).
- Promover la existencia de un responsable formalizado en cada institución que asuma la gestión para la distribución de materiales preventivos.
- Mantener actualizado un mapa de la ciudad donde se relacionen los centros de distribución de materiales y los barrios donde se desarrolla la epidemia.
- Evaluar la distribución, en tiempo y forma, de los materiales a las instituciones y la llegada de los materiales a los grupos más vulnerables de la sociedad.



Dirección de comunicación social y prevención en el ámbito educativo

Descripción de las acciones

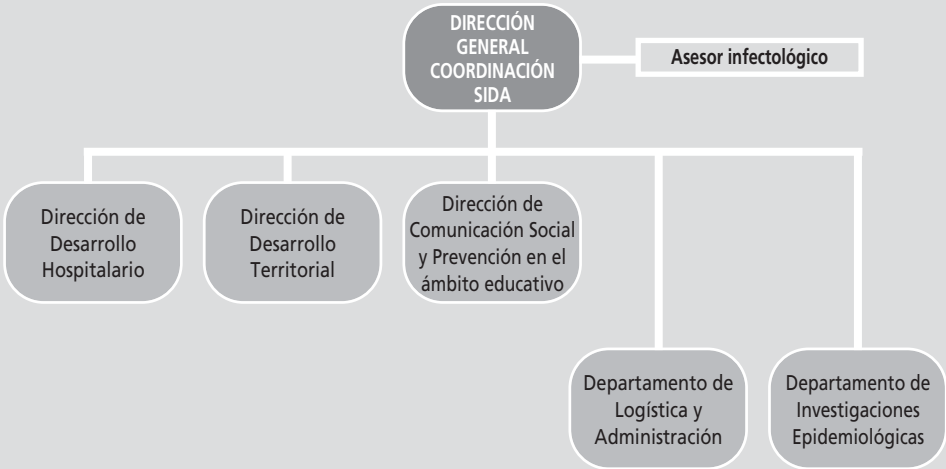
- Asesorar sobre el tema VIH-sida e informar las actividades de la Dirección a las oficinas de prensa y comunicación social de la Secretaría de Salud y del Gobierno de la Ciudad.
- Establecer y mantener relaciones con los periodistas especializados en salud de los medios gráficos y audiovisuales para dar a conocer la situación de la epidemia en la ciudad y las acciones que lleva a cabo la Dirección.
- Participar en la elaboración de los materiales sobre VIH-sida para las campañas masivas de prevención que realice el Gobierno de la Ciudad.
- Elaborar, con la participación de cada una de las áreas que integran la Dirección General, materiales específicos, tanto de prevención destinados a los pacientes y/o sus familiares como de capacitación para el personal de los equipos de salud y de las organizaciones no gubernamentales.
- Diseñar y editar las publicaciones de la Dirección General.
- Coordinar con la Secretaría de Educación y sus refe-

rentes las acciones a desarrollar en la temática y establecer áreas de intervención prioritarias.

- Trabajar con las instituciones y sus integrantes teniendo como eje a los establecimientos educativos a través de talleres de sensibilización para docentes y preceptores; orientación a los directivos, docentes y preceptores a través de materiales diversos; acompañamiento del proceso de los talleres dirigidos a adolescentes y participación en los talleres junto a los docentes.
- Promover la realización de talleres cogestionados por docentes y alumnos para jóvenes de diferentes escuelas.

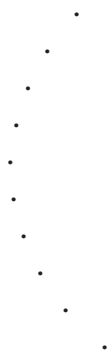
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •
• •

Propuesta de organigrama, Dirección General Coordinación Sida





Los autores



Ariel Adaszko

Licenciado y profesor en Ciencias Antropológicas (UBA). Tiene formación de posgrado en la maestría en Ciencias Sociales y Salud (CEDES/FLACSO), Residencia de Educación para la Salud (GCBA) y actualmente es doctorando de Filosofía y Letras de la UBA. En la Coordinación Sida fue responsable de la Red de Prevención y actualmente integra el equipo de Prevención.

Adriana Basombrío

Médica Infectóloga. Coordinadora del Programa de VIH/sida e ITS del Municipio de San Martín, Provincia de Buenos Aires (1992-2006). Asesora técnica del Proyecto de control del SIDA y ETS, Lusida (1999-2001). En la Coordinación Sida integró el equipo de los CePAD y en la actualidad forma parte del componente de Epidemiología y es responsable del área de Prevención de la Transmisión Vertical.

Claudio Bloch

Médico. Máster en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO, 1998). Especialista en Epidemiología (ENSP, Río de Janeiro, 1989). Epidemiólogo del Programa Nacional de Lucha contra el Sida (1994-1998). Consultor en Epidemiología del Proyecto de Control del SIDA y ETS, Lusida (1998-2000). Docente de Salud Pública en posgrados de Argentina (UBA y UNR) y Brasil (URCAMP). Desde 2000 es Director General de la Coordinación Sida.

Mabel Caballero

Psicóloga. Maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA). Ex docente de la Facultad de Psicología (UBA). Desde 1990 trabaja en el Ministerio de Salud del GCBA. Fue instructora de residentes en el área de Atención Primaria y Prevención y a partir de 2002 es responsable del área de Reducción de Daños y miembro del equipo de Prevención de la Coordinación Sida.

Malala Carones

Periodista. Trabaja en el Ministerio de Salud del GCBA desde 1994. Ingresó en la Coordinación Sida en 2001 como integrante del equipo de Comunicación Social y a partir de 2004 también forma parte del área de Prevención Territorial de la Red de Prevención.

Blanca Carrozzi

Antropóloga. Docente en la Carrera de Ciencias Antropológicas de la UBA. Integró el equipo de los CePAD (2002-2005). En la actualidad es miembro del área de Prevención Territorial de la Red de Prevención de la Coordinación Sida.

Jorge Correggioli

Farmacéutico del hospital J. F. Muñiz. Es responsable de la Gestión y Logística de medicamentos de la Coordinación Sida en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires.

Sandra Di Lorenzo

Licenciada y profesora en Ciencias de la Educación. Fue jefa e instructora de Educación para la Salud y miembro del equipo de Educación de la Coordinación Sida. En la actualidad integra el equipo de Educación Sexual del Ministerio de Educación (GCBA).

Adriana Durán

Médica especialista en Medicina Interna. Trabaja en el Servicio de Inmunocomprometidos del hospital Ramos Mejía. En la Coordinación Sida integra el equipo de Epidemiología y el área de Prevención de la Transmisión Vertical.

Graciela Fernández Cabanillas

Psicóloga del equipo de Prevención y Asistencia de VIH-sida del hospital Rivadavia. Es coordinadora del Programa HIV-SIDA y Salud Mental de la Dirección de Salud Mental del GCBA. En la Coordinación Sida integra el equipo de Reducción de Daños y el área de Prevención.

Luciana Gennari

Psicóloga. Es docente en la Facultad de Psicología de la UBA. Coordinó el CePAD de Casa Joven de Flores del GCBA. En la Coordinación Sida es responsable del equipo de los CePAD e integra el área de Prevención Territorial.

Vanesa Kaynar

Psicóloga. Es docente en la Facultad de Psicología de la UBA y se encuentra cursando la carrera de Especialización de Gestión en Salud de la UNLA. En la Coordinación Sida integra el equipo de Prevención y el área de Reducción de Daños.

Guillermo Leone

Psicólogo. Integró y cocordinó el Servicio de Psicoterapia de Nexo Asociación Civil y el Departamento de Género y Sexualidad de la Asociación Gestáltica de Buenos Aires. Es miembro del área de Diversidad Sexual de la Coordinación Sida.

Sergio Maulen

Médico infectólogo. Actualmente es coordinador técnico de UBATEC S.A., proyecto "Actividades de apoyo para la prevención y control del VIH/sida en Argentina". Es docente universitario y en la Coordinación Sida fue responsable del área de Diagnóstico y Tratamiento.

Marisa Nan

Bioquímica del hospital Penna. Especialista en Ciencias Sociales y Salud (CEDES-FLACSO). En la Coordinación Sida integra el equipo de Epidemiología y coordina el proyecto de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida.

Patricia Orge

Licenciada en Ciencias de la Educación. Se especializó en la residencia de Educación para la Salud del Ministerio de Salud del GCBA (1993-1996) e integró el área Programática del hospital Tornú. En la Coordinación Sida es parte del equipo de Prevención.

Agustín Ostrowski

Licenciado en Ciencias de la Comunicación. De 2002 a 2005 trabajó en el área de Comunicación Institucional y Prensa del Ministerio de Salud del GCBA. Desde 2005 es miembro del equipo de Comunicación Social de la Coordinación Sida.

Agustín Rojo

Sociólogo especializado en comunicación social. Trabajó como periodista y docente en las carreras de Comunicación de la UBA y la UNCPBA. Coordinó el área de Prensa y Comunicación del Consejo Directivo Nacional de ATE. Integró el componente Comunicación Social del Proyecto Lusida del Ministerio de Salud de la Nación. Desde 2001 es responsable del equipo de Comunicación Social de la Coordinación Sida.

Darío Serantes

Profesor Nacional de Teatro. Actor, director y autor teatral. En la Coordinación Sida integra las áreas de acompañamiento a PVVS de la Red de Prevención y de Diversidad Sexual. Coordina la Red de Grupos de Pares en hospitales de la ciudad y la publicación "El Diario Positivo".

Fernando Silva Nieto

Médico infectólogo. Se desempeñó como gerente del Componente Salud del Proyecto de Lucha contra el Sida, Lusida, (1997-2001). Es docente de Infectología de la Facultad de Medicina de la UBA y asesor médico de la Coordinación Sida.

Marcelo Vila

Médico. Investigador en Intercambios Asociación Civil desde 1999. Fue consultor temporario en Epidemiología del Programa Nacional de Lucha contra el Sida del Ministerio de Salud (2005). Fue responsable del área de Vigilancia Epidemiológica de la Coordinación Sida. Actualmente es consultor adscripto en VIH-sida en OPS/OMS Argentina.

Silvina Vulcano

Médica especialista en Tocoginecología del hospital Argerich. Coordinó el CePAD del Centro de Salud N° 9. En la Coordinación Sida es miembro del área de Transmisión Vertical y del equipo de Prevención en hospitales de la ciudad.

Martha Weiss

Profesora (INSP). Trabaja en el área de sexualidad y VIH-sida en los ámbitos comunitario, de salud y de educación de Argentina, América latina y el Caribe desde organismos gubernamentales y no gubernamentales. Miembro del equipo de Educación de la Coordinación Sida desde 2002 y del área de Educación del GCBA que puso en marcha la Ley de Educación Sexual.

Silvana Weller

Psicóloga. Máster en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO) y doctora en Salud Colectiva por la Facultad de Ciencias Médicas (Campinas/San Pablo). Desde 1990 trabaja en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires en las áreas de Salud Reproductiva y VIH-sida. Es investigadora y autora de publicaciones sobre estos temas. En la Coordinación Sida se desempeña como coordinadora del área de Prevención.

Este libro se terminó de imprimir
en noviembre de 2007
en Marcelo Kohan/broker de impresión,
Olleros 3951, Ciudad de Buenos Aires.

El propósito de esta publicación es compartir la experiencia de un equipo de personas que, trabajando dentro del sistema de salud, buscamos generar cambios con el fin de controlar el curso de la epidemia de VIH-sida. Este grupo inspirado en la tradición latinoamericana de salud pública, que abrega en autores como Testa, Matus, Chorny, Souza Campos, Toro Papapietro y Onocko, entre otros, sostiene que el Estado tiene un rol central indelégable en la conducción de las políticas públicas y que para conseguir impactar sobre el curso de la epidemia es necesario dejar de reproducir prácticas en salud que han sido ineficaces, poder reflexionar sobre dichas prácticas e ir instaurando lógicas capaces de modificar lo que está instituido.