



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación**

**Título del documento: Campaña de promoción del test rápido de VIH-sida en el Centro de Salud y Acción comunitaria N°38 de la Ciudad de Buenos Aires**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**Iara Dvoskin**

**Sebastián Frydman**

**Roberto Dvoskin, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2017**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



# Universidad de Buenos Aires

---

Facultad de Ciencias Sociales

Carrera de Ciencias de la Comunicación

Orientación de Opinión Pública y Publicidad

Tesina de grado

*Campaña de promoción del test rápido de VIH-sida en el Centro de Salud y Acción comunitaria N°38  
de la Ciudad de Buenos Aires.*

## **Autores**

Iara Dvoskin  
DNI: 34.098.247  
Tel.: 15.3180.5851  
iaradvoskin@gmail.com

Sebastián Frydman  
DNI: 34.258.849  
Tel: 15.5579.3605  
sebifrydman@gmail.com

## **Tutor**

Roberto Dvoskin  
Tel.: 4784-4679  
dvoskin@tarbut.edu.ar



## **Resumen ejecutivo**

Dentro del Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°38 de la Ciudad de Buenos Aires funciona un Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD). Los CePAD son espacios en los que se ejecutan los programas de Coordinación Sida, la dependencia del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) encargada de elaborar estrategias para el tratamiento del VIH-sida. Una de ellas es ofrecer el test rápido de VIH-sida a la población, el cual brinda un resultado en solo quince minutos, sin la necesidad de sacar turnos o presentar una orden médica.

Los centros de salud, por otro lado, son engranajes fundamentales en la atención primaria de la salud. Es decir que, debido a su cercanía geográfica, están pensados como puertas de entrada de las personas al sistema de salud. Son centros más pequeños que los hospitales y están distribuidos por la ciudad, con el fin de poder trabajar con la población local de cada barrio o comuna.

Al CeSAC N°38 se acercan aproximadamente 100 personas cada mes para realizarse la prueba de VIH. La mayoría de estas personas no residen en el barrio de Almagro, donde el centro se encuentra, sino que se acercan desde otros lugares, incluso de otras provincias o países. En la página web del GCBA se encuentran publicados los centros que ofrecen este servicio y muchos eligen esta institución en particular por su fácil acceso y los múltiples medios de transporte que la rodean. Esto no representa un problema para el CeSAC. Sin embargo, en el centro creen que deberían poder atraer a más consultantes locales.

La presente tesina tiene como objetivo principal proponer una campaña de comunicación que pueda ayudar a movilizar a los vecinos del barrio a realizarse el test rápido de VIH-sida en el CeSAC N°38.

Para eso comenzamos exponiendo conceptos teóricos que nos fueron de utilidad para conformar una campaña de bien público sobre comunicación, salud y marketing. Una vez conformado el marco teórico, avanzamos en el estudio del caso en particular. Debimos estudiar el contexto en el que funciona el centro, lo que significó ahondar en el sistema de salud de nuestro país y de esta ciudad. Estudiamos especialmente el sistema de salud pública y las dependencias a cargo de la epidemia en cada jurisdicción.

Luego avanzamos sobre las características del VIH-sida: surgimiento, etapas de la enfermedad, métodos de contagio, tratamiento y, especialmente, el diagnóstico. A partir de entrevistas en el centro de salud y de información que brinda *Alere* (la marca del test que se utiliza en los CePAD), describimos cómo es esta prueba, cuáles son sus posibles resultados, cuáles son los pasos que se realizan durante una consulta y cuál es su diferencia con otras formas de testeo.

A continuación, analizamos el entorno en el que funciona el centro de salud, es decir, el barrio de Almagro. Hicimos un recorrido geográfico, comercial y especialmente poblacional para que conocer al público local que se desea alcanzar con la campaña. Esta información es complementada con el estudio de la situación epidemiológica de Argentina en general y de la Ciudad de Buenos Aires en particular.

Una vez planteado el estado de situación, presentamos el marco legal a tener en cuenta al momento de realizar una campaña sobre VIH-sida y exploramos campañas de promoción del testeo en Argentina y España.

Finalmente emprendimos el proceso creativo. El primer paso fue definir un público objetivo. Como mencionábamos más arriba desde el CeSAC se espera alcanzar a los vecinos del barrio, pero para que la

campaña sea efectiva entendimos que convenía realizar una segmentación a un público más específico. A partir de allí se establecieron una estrategia de comunicación y una de medios. Con todo esto estuvimos en condiciones de escribir un *brief* creativo que dio lugar al diseño de las piezas que conforman la campaña de bien público, bajo el concepto de *la cercanía*. A partir de la ventaja diferencial que tiene el CeSAC N°38 con respecto a otras organizaciones que ofrecen el mismo servicio -su cercanía geográfica- se buscó crear una percepción más cercana hacia el virus y su prueba diagnóstica. Surgió, así, la campaña “VIH sin vueltas”.

# Índice

## PRESENTACIÓN

1. El proyecto.....	- 8 -
1.1 Interés personal.....	- 8 -
1.2 Interés académico .....	- 8 -
1.3 Objetivo .....	- 8 -
1.4 Pregunta .....	- 8 -
1.4.1 Subpreguntas.....	- 9 -
1.5 Metodología.....	- 9 -
2. Introducción .....	- 10 -
3. Marco conceptual .....	- 12 -
3. 1 Comunicación y salud .....	- 12 -
3.1.1 Dos formas de entender la salud.....	- 12 -
3.1.2 Dos formas de entender la comunicación .....	- 13 -
3.1.3 Algunas propuestas dentro del marco de la Comunicación en Salud.....	- 14 -
3.1.4 Comunicación y salud en VIH-sida.....	- 15 -
3.2 Marketing .....	- 16 -
3.2.1 El marketing mix .....	- 16 -
3.2.2 El marketing social.....	- 17 -
3.2.3 El rol central del intercambio .....	- 18 -

## EL CASO

4. Organización a ser estudiada .....	- 22 -
4.1 Un poco de historia.....	- 22 -
4.2 El sistema de salud nacional.....	- 25 -
4.2.1 El subsistema privado.....	- 25 -
4.2.2 El subsistema de seguridad social .....	- 26 -
4.2.3 El subsistema público .....	- 27 -
4.3 Dirección de sida y ETS .....	- 28 -
4.4 Atención Primaria de la Salud .....	- 28 -

4.5 El sistema de salud público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires .....	- 29 -
4.5.1 Centros de Salud y Acción Comunitaria .....	- 30 -
4.5.2 Coordinación Sida .....	- 31 -
4.6 Centro de Salud y Acción Comunitaria N°38 .....	- 33 -
5. Servicio ofrecido: el test rápido de VIH .....	- 35 -
5.1 El VIH-sida.....	- 35 -
5.1.1 Historia de la enfermedad.....	- 35 -
5.1.2 Representaciones sobre la enfermedad.....	- 36 -
5.1.3 Descripción de la enfermedad.....	- 37 -
5.1.4 Formas de infección .....	- 37 -
5.1.5 Fases de la enfermedad .....	- 38 -
5.1.6 El tratamiento.....	- 39 -
5.1.7 El diagnóstico.....	- 40 -
5.2. El examen diagnóstico .....	- 41 -
5.2.1 El test en el Centro de Salud y Atención Comunitaria N°38 .....	- 41 -
5.3 Tests alternativos .....	- 44 -
5.4 Tests confirmatorios .....	- 44 -
6. El barrio de Almagro .....	- 45 -
6.1 Su historia.....	- 45 -
6.2 Límites territoriales .....	- 46 -
6.3 Locales, comercios y el entorno.....	- 46 -
6.4 La población del barrio .....	- 47 -
7. Situación epidemiológica .....	- 48 -
7.1 Datos serológicos de Argentina .....	- 48 -
7.2 Datos serológicos de la Ciudad de Buenos Aires .....	- 49 -
7.2.1 Testeos en la ciudad.....	- 49 -
7.3 Datos serológicos de la Comuna 5 .....	- 50 -
7.4 El test: razones de aceptación o rechazo .....	- 50 -
7.5 Centros de testeo en la Ciudad de Buenos Aires .....	- 51 -
8. Marco legal: consideraciones a tener en cuenta .....	- 53 -
9. Campañas existentes de promoción del test de VIH-sida .....	- 55 -

9.1 Elegí saber .....	- 55 -
9.2 Rock&Vida .....	- 55 -
9.3 Prueba cerca de ti .....	- 56 -
9.4 Material actual con el que cuenta el CeSAC N°38.....	- 57 -

## LA CAMPAÑA: VIH SIN VUELTAS

10. Objetivo .....	- 58 -
10.1 Consideraciones sobre el público .....	- 58 -
10.2 Consideraciones sobre la estructura de la institución .....	- 58 -
11. Público objetivo o <i>target</i> .....	- 60 -
12. Estrategia de comunicación .....	- 62 -
12.1 Consideraciones a tomar en cuenta.....	- 62 -
13. Estrategia de medios .....	- 64 -
14. Propuesta creativa.....	- 66 -
15. Conclusiones .....	- 92 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 94 -

## ANEXOS

Anexo 1: El sistema de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires .....	- 100 -
Anexo 2: Centros de testeo en la Ciudad de Buenos Aires .....	- 102 -
Anexo 3: Datos estadísticos sobre la población del barrio de Almagro .....	- 104 -
Anexo 4: Datos estadísticos sobre el <i>target</i> seleccionado .....	- 110 -
Anexo 5: Otras consideraciones a tener en cuenta en comunicación y VIH/sida .....	- 112 -
Anexo 6: Campañas existentes de promoción del test de VIH-sida .....	- 116 -
Elegí saber .....	- 116 -
Rock&Vida.....	- 118 -
Prueba cerca de ti .....	- 122 -



Anexo 7: Material actual con el que cuenta el CeSAC N°38 .....	- 124 -
Anexo 8: Entrevistas en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°38.....	- 126 -
1era entrevista en el CeSAC N°38: 12 de noviembre de 2015.....	- 126 -
2da entrevista en el CeSAC N°38: 13 de julio de 2016.....	- 131 -
3era entrevista en el CeSAC N°38: 27 de enero de 2017 .....	- 138 -

# **PRESENTACIÓN**

## **1. El proyecto**

### **1.1 Interés personal**

Comenzamos este proyecto de tesina con la intención de crear una experiencia que nos enriquezca como futuros profesionales de la comunicación. Enmarcado en la orientación de Publicidad, la cual elegimos para nuestro cierre de carrera, el proyecto nos motiva por su estrecha relación con nuestras aspiraciones profesionales actuales en el campo.

Elegimos un proyecto de equipo, en donde podemos continuar una dinámica de trabajo conjunto que fuimos formando a lo largo de más de cinco años de cursada juntos y que contiene una impronta creativa e impacto social que nos interesa y moviliza.

### **1.2 Interés académico**

A lo largo de estos años de cursada hemos podido aprender y aplicar la comunicación desde diferentes enfoques teóricos y prácticos. A partir de lo vivido en el Taller Anual de Orientación de la especialidad, entendemos que esta tesina es el espacio para dar ese último salto a una práctica real en nuestro campo, tomando la iniciativa para abordar problemáticas reales con actores reales.

Bajo el gran paraguas de la comunicación publicitaria, nos adentramos en el mundo del marketing social y la comunicación en organizaciones sin fines de lucro con el propósito de explorar estrategias de comunicación que puedan aplicarse a espacios no convencionales.

A partir de la teoría y contenidos de la comunicación en salud, y los procesos creativos y de producción de la publicidad, esperamos encauzar esta tesina de orientación propositiva.

### **1.3 Objetivo**

El objetivo de la tesina es proponer una campaña de comunicación para promover el test rápido de VIH en el Centro de Salud N°38 entre los vecinos del barrio de Almagro.

Esperamos realizar un aporte al campo de la comunicación de una experiencia integral de producción comunicativa, a partir del accionar específico de diferentes herramientas teóricas y prácticas del campo.

### **1.4 Pregunta**

¿Cuál es la mejor estrategia para promover, entre los vecinos del barrio de Almagro, el testeo rápido de VIH en el Centro de Salud N°38?

### **1.4.1 Subpreguntas**

- ¿Qué características hacen exitosa a una campaña de bien público?
- ¿Con qué recursos cuenta el Centro de Salud N°38 para comunicar a la comunidad que atiende?
- ¿Cuáles son los mejores medios de comunicación (disponibles y potenciales) para atraer la atención de los vecinos del barrio de Almagro?
- ¿Cuáles son las razones por las que la gente se acerca a realizarse el test y cómo puede modificarse esa conducta a través de la comunicación?

### **1.5 Metodología**

La metodología del trabajo será, por un lado, descriptiva. El trabajo constará principalmente de investigación bibliográfica a partir de revistas académicas, *papers*, actas de conferencias, libros y apuntes de cátedra. Luego, realizaremos un trabajo de campo con un enfoque etnográfico dentro del establecimiento y en el barrio para conocer mejor al público, el cliente, la relación entre ambos y el espacio que los une.

Por otro lado, la segunda parte de la tesina contará con un trabajo propositivo en el que se presentará una campaña comunicacional. La misma será producida íntegramente a partir de las metodologías del campo publicitario y de producción multimediática.

## **2. Introducción**

El presente trabajo tiene como meta simular el funcionamiento de una agencia de comunicación publicitaria. El proceso comienza en un encuentro con nuestro "cliente", el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°38 de la Ciudad de Buenos Aires, en la que nos cuentan el servicio que ofrecen y la problemática que se les presenta. En el centro se realiza el test rápido de VIH-sida, el cual brinda un resultado preliminar en tan solo 15 minutos. Se acercan personas de todas partes, incluso del conurbano y de países limítrofes. Desde la coordinación del centro no ven esto como un problema, pero sí les gustaría atraer más a los vecinos del barrio de Almagro, donde se encuentra. Los centros de salud tienen como función principal atender a la población local y es un objetivo que no están pudiendo cumplir. En conjunto, entendemos que una campaña de comunicación dirigida exclusivamente a residentes del barrio de Almagro puede ayudar a mejorar esta situación.

Llevaremos a cabo un análisis particular del caso para, al final, proponer una campaña comunicacional de bien público que influencie a los vecinos del barrio a acercarse al CeSACN°38 para realizarse la prueba de VIH. Una campaña de bien público tiene como característica principal o diferencial que su objetivo es modificar o incorporar una conducta, en lugar de vender un producto o servicio. Para ello, sin perder de vista que éste se trata de un trabajo en comunicación, tomaremos prestadas herramientas del marketing, particularmente del marketing social.

En el primer capítulo expondremos los conceptos teóricos en los que basaremos la tesina. En primer lugar, definiremos qué entendemos por salud y, en consecuencia, por enfermedad. A continuación, avanzaremos sobre la teoría de la comunicación haciendo foco en los papeles y funciones del emisor y el receptor. Concluiremos el capítulo con conceptos del marketing útiles para pensar campañas de bien público y entender el proceso de decisión que atraviesa el destinatario de nuestro mensaje.

Una vez presentado el marco conceptual, nos adentraremos en el caso a estudiar. Haremos una descripción diacrónica y sincrónica del contexto en el que se cuenta la organización con la que trabajamos, es decir el sistema de salud argentino. Comenzaremos desde el contexto macro a nivel nacional, para ir acercándonos de a poco, pasando por el sistema municipal y llegar al funcionamiento del propio centro de salud. En este camino, iremos haciendo paradas intermedias para describir los espacios gubernamentales dedicados específicamente al trabajo e VIH-sida.

A continuación, referiremos al servicio ofrecido: el test rápido de VIH. Para comprender sus características, ventajas y por qué resulta importante que los vecinos se hagan la prueba, comenzaremos por conocer de qué se trata la infección y la enfermedad. Se realizará un trabajo descriptivo de las mismas en cuanto a lo biológico y en cuanto a lo histórico y social. Luego, podremos concentrarnos particularmente en los métodos de diagnóstico y el test rápido en particular. En cuanto al servicio ofrecido, el mismo no consta únicamente de la prueba, sino que cuenta también con dos instancias de entrevistas informativas. Estas buscan que el consultante tome una decisión libre sobre su salud y también sirven de apoyo emocional en los casos necesarios.

Luego realizaremos un estudio del mercado, dentro de los alcances posibles en el marco de esta tesina. Analizaremos el barrio de Almagro, su estructura comercial y sus residentes. También presentaremos los datos

epidemiológicos disponibles a nivel nacional, a nivel ciudad, del barrio y la comuna. Esto nos permitirá conocer la magnitud de la epidemia con la que estamos trabajando, a la vez que especificidades de la población que la padece.

En los siguientes capítulos, se mencionarán otras cuestiones a tener en cuenta. En primer lugar, el marco legal que rodea al VIH-sida en nuestro país. Presentaremos un resumen de leyes y artículos puntuales que influyen de algún modo el examen diagnóstico de VIH-sida y la comunicación sobre y del mismo. Luego expondremos campañas existentes de Argentina y España para evaluar qué aspectos funcionan y cuáles no tanto.

Por último, avanzaremos sobre el trabajo propositivo, el diseño de la campaña de bien público. Para ello formularemos un público objetivo, una estrategia comunicacional y una estrategia de medios. A continuación, volcaremos toda la información recolectada en un *brief* creativo, el cual dará lugar precisamente al trabajo creativo. La tesina tendrá su cierre con las piezas propuestas para llevar a cabo la campaña.

### **3. Marco conceptual**

Esta campaña de comunicación se enmarca dentro de los conceptos principales de la comunicación, especialmente en su aplicación en el mercado de la salud. A su vez, se incluyen aportes del campo del marketing, más precisamente aquellos que apuntan a las organizaciones sin fines de lucro, que consideramos útiles para el abordaje y diseño de una campaña de bien público.

#### **3. 1 Comunicación y salud**

La comunicación para la salud es la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación para conseguir comportamientos activos de la comunidad, vinculados a ambiciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud. "Vista como proceso social, es un mecanismo de intervención para generar a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública" (Beltrán, 1995, pág. 34).

##### **3.1.1 Dos formas de entender la salud**

Para poder trabajar en la comunicación en salud, debemos primero definir qué se entiende por salud. ¿Qué significa estar sano? Así podremos determinar qué actores que intervienen y cuáles son los alcances de la comunicación en un área.

Como explica Milca Cuberli, existen estudios que limitan la comunicación en salud a la relación entre profesionales de la salud y pacientes. Estos entienden al paciente como un sujeto que demanda un servicio para satisfacer ciertas necesidades y "desconocen a la salud o a la enfermedad como parte de un proceso" (Cuberli, 2008, pág. 1). En la relación asimétrica médico-paciente, el primero indica y el segundo obedece. Este modelo verticalista, donde la información baja directamente, no favorece a la participación del sujeto en su propia curación. Como veremos más adelante, la construcción de un modelo desigual donde una parte es activa y otra pasiva, se repite también en las teorías comunicacionales de perspectiva instrumental.

En 1940, el doctor Henry Sigerist declaró que la salud no dependía de la medicina, sino de condiciones decorosas de vida y de trabajo, educación libre, reposo y recreación (citado en Beltrán, 1995, pág. 35). La salud no debía ser comprendida como la ausencia de enfermedad (problema de orígenes físico-biológicos) ni responsabilidad exclusiva del equipo médico, sino que, como la definió la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1947, la salud es un bienestar físico, mental y social (citado en Beltrán, 1995, pág. 35). De esta forma se construye una mirada opuesta, que entiende a la salud como un fenómeno social en el que actúan sujetos y grupos sociales que "no sólo dan significado técnico a sus problemas, sino, sobre todo, significados subjetivos y sociales" (Cuberli, 2007, pág. 4). A partir de esta idea la dicotomía médico-paciente es reemplazada por otra más amplia: población-servicios de salud. De este modo se incorporan al análisis factores culturales y características propias de los distintos grupos sociales que explican cómo cada uno define los problemas de salud-enfermedad. La salud se define entonces como la capacidad de los individuos y de las comunidades para modificar los aspectos y las condiciones que obstaculizan el desarrollo de una vida plena y en bienestar.

En nuestro país, en el año 2015, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló una guía de comunicación para equipos de salud titulada en la que se considera a la salud como un proceso complejo y colectivo con una importante dimensión socio-política (Ministerio de Salud de la Nación, 2015). De allí entienden a la comunicación como una importante herramienta de transformación cultural y sanitaria.

### 3.1.2 Dos formas de entender la comunicación

Una vez definido el marco de la salud, se hace necesario entender a qué nos referimos cuando hablamos de comunicación. Milca Cuberli (2008) denomina “perspectiva instrumental” a aquella que asocia la comunicación al uso y manejo de técnicas y medios de comunicación. Dentro de esta perspectiva se encuentran ideas como la de la teoría hipodérmica de Harold Lasswell o la propuesta de Katz y Lazarsfeld de la comunicación en dos etapas.

La primera se basa en la psicología conductista según la cual cada estímulo genera una respuesta. Se considera al espectador como un sujeto pasivo que recibe un mensaje (estímulo) y actúa acorde a éste (respuesta) (Lasswell, 1927). Según esta teoría se considera exitosa a una comunicación cuando el destinatario recibe exactamente lo que el emisor quiso transmitir. Laswell propuso en 1948 que una forma apropiada para definir un acto de comunicación era responder a las siguientes preguntas: quién dice qué a través de qué canal y con qué efecto (Lasswell, 1948). El autor entendía la comunicación como un proceso asimétrico (emisor activo y receptor pasivo) e intencional (tiende a un fin, a generar un efecto). Consideraba que los sujetos receptores de los mensajes se encontraban aislados, atomizados, mientras que los medios de comunicación de masas tenían una capacidad manipuladora y omnipotente sobre la población, capaz de inyectar valores y modificar actitudes. Los estudios sobre comunicación de esta corriente se focalizaban en el emisor y en el mensaje, cómo generar el efecto deseado, obviando el contexto en que se da esa comunicación, en qué condiciones el destinatario recibe el mensaje y qué hace con él.

Otra teoría dentro de la perspectiva instrumental es la de los efectos limitados. Está abandona la idea de que los medios pueden persuadir a sus audiencias y la sustituye por la idea de influencia. Los medios pueden generar un efecto sobre los receptores, pero el mismo no es directo, ni puede preverse completamente de antemano. Katz y Lazarsfeld proponen la teoría de los pasos intermedios para estudiar los verdaderos efectos de una campaña comunicacional. Según los autores existen cinco factores que intervienen y modifican los efectos del mensaje: grado de exposición al mensaje, tipo de medio, presentación del contenido, predisposición del individuo ante al mensaje y las relaciones interpersonales. La respuesta de un individuo a un mensaje no se puede explicar sin referencia a su medio social y sus relaciones interpersonales. Los lazos sociales de un individuo con otras personas y la naturaleza de las opiniones que comparte influyen sobre su respuesta a los medios de comunicación. Cumplen aquí un rol fundamental los *líderes de opinión*, sujetos informados que resultan referentes sobre ciertos temas para los miembros de su comunidad. De aquí la idea de los “dos pasos”: el mensaje de los medios es recibido por el líder de opinión, quien lo filtra o interpreta y lo comunica mediante sus relaciones interpersonales (Katz y Lazarsfeld, 1955).

Milca Cuberli (2008) llama “relacional o procesal” a una perspectiva superadora que entiende a la comunicación como parte de las prácticas sociales. Esta nueva concepción define a la comunicación como un

“proceso de producción social de sentido, donde se generan y circulan creencias y valores como manifestación intersubjetiva” (Cuberli, 2008, pág. 2). Resulta de suma relevancia estudiar los contextos en los cuales los sujetos generan sus ideas e imaginarios, dado que “los procesos comunicacionales no son autónomos de las condiciones en las cuales se producen” (Cuberli, 2008, pág. 2). La comunicación es inherentemente social, una práctica de producción y circulación de significaciones. “Toda producción de sentido es necesariamente social (...) y todo fenómeno social es, en una de sus dimensiones constitutivas, un proceso de producción de sentido” (Verón, 1987, pág. 125).

Stuart Hall critica la visión lineal del proceso de comunicación porque no permite el correcto análisis de los distintos momentos que lo componen. El proceso de comunicación debe pensarse como una cadena estructurada de momentos relacionados, pero distintos: producción, circulación, consumo y reproducción. El valor de esta aproximación es que mientras cada uno de los momentos es necesario para el circuito como un todo, ningún momento puede garantizar completamente al siguiente (Hall, 2003).

En un extremo se encuentra la producción, con sus tecnologías, relaciones sociales, prácticas y organización institucionales. Este es el momento de codificación del mensaje. Se ponen en juego, en término de Eliseo Verón (1987), las condiciones de producción. Análogamente en la etapa de consumo o decodificación se articulan las condiciones de reconocimiento, es decir que se ponen en juego las estructuras de entendimiento del sujeto receptor. Se produce una apropiación del mensaje en tanto discurso significativo.

Codificación y decodificación son determinados a través de una autonomía relativa, es decir que, si bien la codificación construye límites y parámetros para la decodificación, no puede más que determinarla parcialmente. Los códigos de codificación y decodificación pueden no ser, y usualmente no lo son, perfectamente simétricos. Los grados de simetría (grados de comprensión e incomprensión) dependen de las relaciones de equivalencia establecidos entre codificador - productor y decodificador - receptor y, a su vez, de los grados de *identidad - no identidad* entre dichos códigos.

La autonomía relativa, contradice así, entendiendo al receptor como un sujeto activo del proceso de comunicación, a la teoría conductista según la cual frente a cada estímulo se esperaba una respuesta determinada.

### 3.1.3 Algunas propuestas dentro del marco de la Comunicación en Salud

A partir del abordaje de las diferentes perspectivas en comunicación, Milca Cuberli desarrolla algunos de los principales modelos de Comunicación y Salud. La autora señala que las principales propuestas “surgen ligadas a las teorías de la conducta y de la persuasión” (Cuberli, 2008, pág. 2).

- **Mercadotecnia social:** Según la autora el modelo ha sido criticado por sostener una concepción conductista del comportamiento humano “que propone soluciones simples a problemas complejos, además de reducir los problemas de salud a categorías de factores de riesgo individuales, sin tener en cuenta el contexto social como determinante de salud” (Cuberli, 2008, pág. 3).
- **PRECEDE-PRECEDE:** modelo diseñado en los ´80 por Lawrence Green y Marshal Kreuter. Proponen partir de un diagnóstico social de las necesidades, deseos, recursos y obstáculos de la comunidad destinataria, para luego poder establecer cuáles son los factores que afectan su conducta.



- **Modelo de Cambio de Conducta Aplicado:** surge también en los '80 en Estados Unidos en el marco de elaboración de estrategias de comunicación para prevenir el VIH-sida. Esta corriente fue muy criticada por focalizar la comunicación a los denominados “grupos de riesgo”, construyendo estereotipos que provocaban discriminación y falsa sensación de seguridad.
- **Modelo de la planificación:** desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud. El mismo tiene como premisa fundamental que los programas de comunicación en salud deben basarse en las necesidades y percepciones de las audiencias seleccionadas. Esta iniciativa también incluía a la comunicación dentro de los programas de salud, como una herramienta más. Entendía que la comunicación por sí sola no podía generar grandes cambios, sino que necesitaba del soporte del sistema de salud.
- **Promoción para la Salud:** en 1986 se llevó a cabo en Canadá la Primera conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en la que se escribió la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”. La misma propone una visión holística y positiva de la salud, entendiéndola dentro del proceso salud-enfermedad-atención. La salud no representa únicamente la ausencia de dolencias, sino que está relacionada también con la satisfacción de las necesidades básicas, el derecho a aspiraciones que todo ser humano puede tener y al bienestar social. Al hablar de Promoción de la Salud, la salud es entendida como una complejidad de condiciones que hacen que los sujetos lleven una vida saludable. Rechaza la visión tradicional de la comunicación/educación en salud que entendía a la población como pasiva y receptora de los mensajes desarrollados por los profesionales de la salud y especialistas de comunicación. La misma no es considerada según una base conductista, sino que se la considera una herramienta útil para promover conocimientos, actitudes y prácticas saludables. Entendida como un proceso social, la comunicación puede aportar a fortalecer la capacidad de los individuos de decidir y actuar libre y responsablemente sobre su propia salud. “Desde esta perspectiva, la comunicación pasa a formar parte de los procesos de resolución de problemas, por y para las comunidades, con el sentido de mejorar sus condiciones de vida” (Cuberli, 2008, pág. 4).

### 3.1.4 Comunicación y salud en VIH-sida

En “Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de protegerse del VIH/SIDA”, Ana Lía Kornblit y Mónica Petracci analizan qué tipo de mensajes preventivos sobre la enfermedad son más escuchados y producen mayores repercusiones en la población (Kornblit y Petracci, 2016).

Señalan que los mensajes provenientes de profesionales de la salud resultan los más influyentes, ya que hay un principio de confianza en el conocimiento científico.

Por otro lado, muchos de los entrevistados en el estudio indicaron que “les llegaban” mucho los testimonios de personas infectadas o las imágenes acerca de la enfermedad. Las autoras interpretan el “llegar” como sentimiento de temor. Este efecto tiene el lado positivo de captar la atención, pero a su vez genera rechazo y no invita a reflexionar sobre el tema.

En cuanto a los medios masivos de comunicación, Ana Lía Kornblit y Mónica Petracci, concluyen que los mismos resultan útiles para instalar el tema en la opinión pública, lo que equivaldría a un paso inicial. Sin embargo, son las conversaciones cara a cara, más íntimas las que producen mayores efectos. En concordancia con esto, Gloria Coe, señala que la adopción de comportamientos sanos es un proceso que se atraviesa por

etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierte en parte de la vida diaria. Los mensajes de los medios de comunicación resultan más eficaces en las etapas iniciales, mientras que en las posteriores toman relevancia los mensajes interpersonales y las redes comunitarias (Coe, 1998).

## 3.2 Marketing

El marketing o mercadotecnia es la disciplina que tiene como objetivo la satisfacción de las necesidades del cliente a través de los procesos de intercambio (Armstrong, Kotler, Saunders, y Wong, 2002).

Esta actividad es muchas veces confundida con el acto de vender, pero ésta se presenta, de hecho, antes y después de la venta. La administración mercadotécnica consiste en el análisis, la planificación, la aplicación y el control de programas diseñados para crear, aumentar y conservar los intercambios benéficos con los mercados a efecto de alcanzar los objetivos de la organización. Para ello, combina muchas actividades: las investigaciones de mercado, el desarrollo, la distribución, los precios y la publicidad de los productos, las ventas personales y otras más, diseñadas para pulsar, servir y satisfacer las necesidades de los clientes al tiempo que alcanzan las metas de la organización.

Existe una controversia sobre cuáles son los roles de la comunicación y del marketing. Algunos autores, por ejemplo Philip Kotler<sup>1</sup>, entienden a la comunicación como un área más dentro del marketing. Ya sea a través de la publicidad o de la publicidad y la promoción, la comunicación parecería ocupar una pequeña porción en la complejidad del marketing mix. En el presente trabajo entendemos a la comunicación como un espacio de trabajo independiente, con teorías, objetivos y métodos propios. El amplio abanico de posibilidades que se presentan a través de estrategias de comunicación resultan inabarcables sólo desde la publicidad.

Sin embargo, entendemos que el marketing y la publicidad brindan herramientas que resultan útiles para pensar los procesos de intercambio, la decisión que estos conllevan y la mejor manera de influenciarla. Por ese motivo, a continuación, desarrollaremos algunos conceptos del marketing, rescatando especialmente aquel dedicado a las organizaciones sin fines de lucro.

### 3.2.1 El marketing mix

En 1960 E. Jerome McCarthy propuso un *marketing mix* compuesto por cuatro variables (McCarthy, 1978): una estrategia de marketing completa debe conjugar el desarrollo del producto correcto, apoyada por la promoción correcta y puesto en el lugar correcto al precio correcto. Según Patricio Bonta y Mario Farber a las anteriores debe sumarse el *packaging* y la variable de promoción está dividida en promoción y publicidad (Bonta y Farber, 1995, pág. 37).

- **Producto:** Desde el punto de vista del marketing, el producto o servicio es un satisfactor en tanto posee un conjunto de atributos que el consumidor considera suficientes para satisfacer sus necesidades o deseos.

---

<sup>1</sup> Ver Kotler y Zaltman (1971), Lee y Kotler (2008) y Kotler y Andreasen (1995).

- **Publicidad:** Abarca todas las actividades comunicacionales que se llevan a cabo para impulsar el acto de compra. En las mismas se hacen públicas las características y cualidades de un determinado producto o servicio. En el mensaje publicitario “hay un juego de seducción aceptado a priori por ambas partes” (Bonta y Farber, 1995, pág. 177). La publicidad genera una presión muy suave y conlleva un efecto no inmediato.
- **Promoción:** Técnicas de marketing para alcanzar objetivos específicos. Pueden ser promociones dirigidas a los comerciantes o al consumidor final y están relacionadas a beneficios o descuentos en la compra del producto. Junto con la publicidad son las tácticas persuasivas que hacen más deseable el producto. A diferencia de la anterior, implica una presión media y su efecto es relativamente inmediato.
- **Plaza:** Es importante que el *target* sepa dónde puede encontrar el producto o servicio y que le resulte de fácil acceso. Las estrategias de plaza están relacionadas a la elección de los puntos de venta y a la distribución del producto hasta los mismos.
- **Precio:** Este es la cantidad de dinero que los clientes tendrán que pagar para obtener el producto o servicio. El valor que el consumidor le otorgue al producto representará un tope para el precio máximo al que éste se pueda colocar, mientras que los costos determinarán el nivel mínimo de precio que lo mantenga en el mercado. El precio que se fije tendrá en cuenta estos dos aspectos, como así también el precio fijado por el competidor. El precio puede significar también un costo no monetario que le represente el intercambio al consumidor. Más adelante desarrollaremos este punto con mayor profundidad.
- **Packaging:** Refiere al embalaje y todo aquello que acompañe el producto en el momento de la venta. Hace a la presentación del mismo ante los ojos del consumidor.

### 3.2.2 El marketing social

El término “marketing social” fue introducido por Philip Kotler y Gerald Zaltman en 1971 en una publicación de la revista **Journal of Marketing** “Social marketing: an approach to planned social change” (Kotler y Zaltman, 1971). Sin embargo, las campañas de bien público existen desde mucho antes. Ya en la antigua Grecia y el Imperio Romano se realizaron campañas que buscaban abolir la esclavitud y durante la Revolución Industrial en Inglaterra se llevaron a cabo campañas para desalentar el trabajo infantil.

Según el mismo Kotler, ahora con Nancy Lee, el marketing social es un proceso que aplica principios y técnicas del marketing para crear, comunicar y entregar valor influenciando conductas del público objetivo que benefician a la sociedad a la vez que a sí mismo. En otras palabras, el marketing social es la aplicación del marketing tradicional a una clase específica de problemas (Lee y Kotler, 2008, pág. 1).

La principal diferencia entre el marketing tradicional y el social es que en el primero el objetivo es financiero, mientras que en el segundo se persigue la ganancia social. El marketing social busca modificar conductas colectivas para beneficiar, no a la organización, sino al *target* y a la sociedad en general. Quienes lo sustentan desean hacer de la sociedad un lugar mejor.

Otra distinción es que en el marketing tradicional se venden bienes y servicios, y en el social se busca estimular o desalentar ciertas conductas. El objetivo último del marketing social es influenciar la conducta.

Al igual que en la venta de un producto o servicios, para el marketing social son fundamentales las 6P (producto, precio, plaza, publicidad, promoción y *packaging*), así como la investigación del mercado y el foco en el público objetivo.

En general se encuentra dirigido a cuatro tipos de problemáticas:

- **Prevenir lesiones o accidentes:** uso del cinturón de seguridad, violencia de género, cuidado de los mayores, etc.
- **Cuidado del medio ambiente:** separación de los residuos, reciclaje, cuidado del agua, consumo de gasolina, etc.
- **Contribuir a las comunidades:** voluntariados, cuidado de las mascotas, prevenir el crimen, etc.
- **Salud:** consumo de drogas o tabaco, vacunación o, como en este trabajo, fomentar el test de VIH-sida como método para combatir la epidemia.

### 3.2.2.1 Modificar una conducta - Campaña de bien público

Muchas veces las empresas sin fines de lucro pueden creer que su objetivo es modificar las ideas, pero ¿qué sentido tendría que se molesten en realizar estos cambios si los mismo no derivan en acción? Cambiar ideas puede ser un paso previo o necesario para alterar la conducta, pero no es el objetivo final. Si el propósito de una determinada organización o programa es producir un cambio mental, entonces se trata de educación o propaganda, no de marketing social (Kotler y Andreasen, 1995, pág. 18). Las campañas de bien público buscan modificar una conducta que mejore la calidad de vida del sujeto y de la sociedad en general. Deben, de algún modo, vender esa conducta o convencer al receptor de que adoptarla será lo mejor para él mismo.

Asimismo, Lee y Kotler señalan que en las campañas de bien público normalmente se busca influenciar al *target* para realizar alguna de las siguientes:

- Aceptar una nueva conducta
- Rechazar una potencial conducta indeseada
- Modificar una conducta actual
- Abandonar una conducta indeseada
- Continuar con una conducta deseada

Al igual que en el marketing tradicional, conocer las necesidades, deseos, actitudes y creencias del público objetivo, así como las características concretas de los productos o servicios sociales, pueden ser un diferencial para tener éxito en una campaña de bien público (Lee y Kotler, 2008, pág. 1).

### 3.2.3 El rol central del intercambio

En el artículo del *Journal of Marketing*, Philip Kotler y Gerald Zaltman señalan que la idea central del marketing se encuentra en el proceso de intercambio. "El marketing no sucede a menos de que haya dos o más partes, cada uno con algo para intercambiar, y ambas capaces de llevar a cabo comunicación y distribución." (Kotler y Zaltman, 1971, pág. 4) La tarea del marketing es desarrollar e implementar estrategias

para presentar el intercambio adecuado ante el público adecuado, de forma que una o ambas partes se vean beneficiadas.

Cuando una persona compra o consume un producto o servicio, en su mente está realizando un intercambio. Puede ser el más tradicional de dinero a cambio de un producto o puede tratarse de una evaluación costo-beneficio más compleja. En todos los casos realiza un cálculo mental de las compensaciones que se recibirá.

Para que la campaña de marketing sea exitosa, el consumidor debe entender que el intercambio que se le está proponiendo es mejor que cualquier otra alternativa, incluyendo no hacer nada. Para simplificar, el desafío de toda campaña de marketing es maximizar los beneficios y minimizar los costos percibidos.

El beneficio estará dado por el valor percibido del producto en cuestión mientras que el costo final estará dado por un mix de costos directos (los que salen de la propia persona), indirectos (los que paga un tercero) y de oportunidad (el perder la oportunidad de hacer otra cosa por elegir hacer lo que se está haciendo).

Una de los factores principales en la toma de decisiones es la eficacia percibida. Esto es si el individuo cree realmente que la conducta le va a producir los resultados que desea y que puede realmente llevarla a cabo, sobre todo en los casos que se trata de hábitos a mantener en el tiempo.

La opinión de otros puede resultar de gran influencia en el proceso. Cuando se trata de evaluar cuál es el comportamiento correcto, otras personas de su círculo de confianza pueden aportar argumentos sobre los costos y los beneficios del intercambio. Estas cumplen el rol de referentes, pueden ser personas que conocidas o que solo haya visto o leído sobre ellos. También puede ser un referente aspiracional, alguien a quien se quieren parecer o de quien se quieren distanciar. Algunos pueden aportar nueva información al proceso de decisión y otros pueden tener una influencia más directa al ejercer presión sobre el individuo para que actúe de determinada forma, como puede suceder con padres, empleadores o líderes religiosos.

### *3.2.3.1 Implicación y complejidad*

El nivel de implicación depende del esfuerzo cognitivo que signifique para el individuo tomar la decisión de llevar a cabo el intercambio. Esto hace alusión a cuál es la relevancia personal que el asunto tiene para él.

La alta implicación suele suceder cuando se cumplen una o más de las siguientes condiciones:

- La conducta requerida se verá reflejada en la imagen que el individuo tiene de sí mismo.
- Los costos económicos o personales de comportarse equivocadamente son vistos como altos.
- Los riesgos personales o sociales de una mala decisión son percibidos como altos.
- El individuo recibe fuertes presiones externas a actuar de una determinada manera y su motivación a cumplirlas también es fuerte.

El intercambio también puede variar en la complejidad del proceso de decisión. La complejidad varía con el nivel de implicación y lo novedoso de la situación para el sujeto. A medida que el consumidor gana experiencia en este tipo de decisiones las mismas se vuelven más sencillas, a pesar de ser de alta implicación.

Las decisiones de alta complejidad suelen ser las que invitan al sujeto a realizar una conducta por primera vez. El proceso normal de dicha consideración suele tener 4 pasos:

1. Identificación de la necesidad
2. Recolección de información y evaluación de las alternativas
3. Formar una decisión de la acción a realizar
4. Preparación y acción

Para saber cómo influenciar la decisión del consumidor, es necesario saber qué es importante para él. Para eso es fundamental conocer qué factores son los que considera y qué valor le asigna a cada uno de estos.

Uno de los factores clave serán sus propias necesidades. Los individuos tienen muchas necesidades básicas y el encargado de marketing debe identificar cuál es la que se aplica, o se pone en juego frente a su producto o servicio. Para eso resulta útil apoyarse en la "pirámide de Maslow". Abraham Maslow propone una escala jerárquica de necesidades, donde las personas primero buscan satisfacer las de la base y luego van escalonando hasta la cúspide. Cuando quedan cubiertas las necesidades de un orden es cuando se empiezan a sentir las necesidades del siguiente. En la base se encuentran aquellas relacionadas a la supervivencia, similares a las que experimentan los animales. A medida que se asciende por la pirámide, se trata cada vez más de necesidades de origen cultural (Maslow, 1943).

El punto de partida para comprender el comportamiento del *target* es entender el intercambio que se llevará a cabo y, más importante aún, ver a este desde su perspectiva.

Los intercambios en el sector sin fines de lucro suelen ser de alta implicación y usualmente impactan al *target* en donde éste tiene muy poca experiencia o simplemente no tiene, esto los suele convertir en decisiones de alta complejidad. Otra característica muy usual de este sector es que los beneficios resultan menos palpables o evidentes para el público objetivo, lo que se convierte en un desafío aún mayor para los encargados de marketing y los creativos en comunicación.



## **EL CASO**

### **4. Organización a ser estudiada**

A partir del marco conceptual, el presente trabajo tiene como objetivo proponer una campaña comunicacional que movilice a los vecinos del barrio de Almagro a realizarse el test rápido de VIH-sida en el Centro de Salud y Atención Comunitaria N° 38 de la Ciudad de Buenos Aires. El mismo se encuentra dentro del área programática del hospital Durand. Ambos forman parte del complejo entramado de instituciones públicas dependientes del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

#### **4.1 Un poco de historia**

El aparente consenso general de que el Estado es una de los mayores responsables de resguardar la salud de la ciudadanía es realmente una novedad. A lo largo de la historia argentina, el Estado se ha relacionado con la salud en un eje dinámico que ha dejado sus huellas en la conformación actual del sistema de salud.

Esta relación puede describirse como una secuencia de cuatro etapas que denotan tres lógicas distintas. En primer lugar, la conformación de un sistema de prevención de enfermedades y plagas, que se gesta de forma temprana sin una suficiente articulación política. A esto le seguirá un período de concentración y expansión del sistema a manos del peronismo, con crecientes niveles de asistencia y la inclusión de las organizaciones sindicales a través de las obras sociales. Por último, el momento de la descentralización hacia las provincias y la entrada en juego del sector privado, generando altibajos a lo largo de diferentes períodos de la historia más reciente.

La primera etapa se extiende desde la conformación del Estado argentino hasta fines de la Segunda Guerra Mundial en 1945 y puede describirse como un modelo descentralizado y anárquico en la medida en que sitúa a la salud en un plano meramente individual, ajeno a las responsabilidades del Estado. Carente de planificación, éste solo accionaba de forma accesoria a través del Departamento Nacional de Higiene, el cual dependía del Ministerio del Interior. Sus funciones se limitaban al cuidado de la higiene pública, el control de epidemias y el cuidado de la sanidad de las fronteras. Además, existían algunas iniciativas de formación de recursos humanos para atender este tipo de desafíos.

A principios del siglo XX, entre los años 1920 y 1930, comenzaron a aparecer los primeros focos de organización en el rubro. Se trataba mutuales que convocaban desde la actividad u oficio compartido, las cuales luego se convertirían en lo que hoy conocemos como obras sociales, aunque su función original era únicamente de financiamiento.

La llegada del peronismo y su concepción basada en el Estado de bienestar trajo aparejados cambios en el sistema de salud. Estos marcaron el comienzo de la segunda etapa, la cual se extendió hasta 1955. El cambio de paradigma pondría ahora a la salud como una responsabilidad centralizada en el Estado. De esta forma, comienza un proceso de expansión general de la salud nacional que impactó en una mayor cobertura



del territorio, así como en el alcance a diferentes grupos. Aumentó el financiamiento y la ejecución de programas desde el Estado lo que generó una fuerte dependencia del sistema para con el gobierno. Todos los establecimientos públicos pasaron a manos del Estado Nacional a lo que se sumó una fuerte ola de obras públicas en salud. Además de transformar los hospitales públicos en centros de formación para nuevos profesionales, el peronismo amplió el acceso a estos establecimientos para los sectores menos favorecidos. A nivel institucional, en 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública que, con la reforma constitucional de 1949, se transformaría en el Ministerio de Salud Pública (siendo Ramón Carrillo el primer ministro).

La Revolución Libertadora dio marcha atrás con el sistema centralista a través de reformas orientadas hacia la descentralización del sistema de salud. Entre 1955 y 1978, la tercera etapa de la salud argentina se caracterizó por la transferencia hacia provincias y municipios de las principales responsabilidades de los establecimientos públicos que, anteriormente, estaban en manos del Estado Nacional.

En primer lugar, la descentralización generó un fuerte deterioro de los espacios a partir de la desconcentración de la planificación y la toma de decisiones, que dejaron a muchos establecimientos a la deriva. El progresivo abandono de la salud por parte del sector público se vio reforzado por la aparición de las obras sociales. Estos nuevos actores entraron en juego dependiendo de los sindicatos con una fuerte influencia proveniente de su estructura de financiamiento. Así, el sostén de la salud dependía directamente de los patrones y los sindicatos cobraban cada vez más poder de negociación con el Estado. Cada obra social desarrolló una estrategia de prestaciones directa de servicios de salud a sus afiliados a través de instalaciones y normativas propias sin control por parte del Estado generando tantos modelos de gestión como obras sociales existían. En 1970 aparece el primer intento de regulación del sistema con la Ley 18.610 de Obras Sociales. Esta afectaba a todas ellas y establecía la forma de financiamiento a través de aportes de los empleadores (2% del salario) y de los trabajadores (1% del salario con adicionales según casos específicos). Además, estipulaba que la conducción de las obras sociales sería llevada a cabo por los mismos sindicatos encargados de la recaudación de fondos.

Uno de los ejes más condicionantes del sistema era la obligatoriedad de afiliarse al sistema de obras sociales para todos los empleados formales. Si sumamos esto a la responsabilidad patronal de realizar aportes, resulta evidente el crecimiento del poder económico y político de los sindicatos a través de esta herramienta.

El proceso de descentralización de la salud se fortaleció en el último tramo del siglo XX. Cada vez más establecimientos eran transferidos a las provincias mientras se reducía el financiamiento por parte del Estado Nacional. Aunque las provincias no recibían partidas presupuestarias extra para afrontar las nuevas responsabilidades, la dinámica política durante el gobierno militar obligaba a los gobernadores a aceptar las disposiciones del Ejecutivo.

Por otro lado, algunos autores plantean que particularmente la descentralización de la Atención Primaria de la Salud se extralimitó y no propuso mecanismos sólidos de coordinación, tanto vertical como horizontal (Tobar et al., 2006). El hecho de que las responsabilidades quedaran divididas entre tantas pequeñas jurisdicciones sin un poder centralizador presente dificultó la política de conjunto.

En este período, además, aparecen los primeros rasgos de privatización del sistema de salud. Por una parte, se fijaron aranceles a los servicios asistenciales públicos en la Ciudad de Buenos Aires y otras catorce

provincias. Otro cambio significativo fue que a partir del decreto nacional 9/1993 de obras sociales, la adhesión por rama de actividad dejó de ser obligatoria, reduciendo el poder de los sindicatos.

Durante el gobierno de Carlos Menem se intensificó la presencia del sector privado, al cual se le transfirieron muchos de los servicios existentes. La descentralización también se agudizó, aunque en el marco de un nuevo régimen de coparticipación con mayor posibilidad, por parte de las provincias, de exigir cortes presupuestarios más acordes a las responsabilidades que les fueran transferidas.

La transformación en el modelo de acumulación que comenzó con Martínez de Hoz y se profundizó durante la década de los 90 tuvo un fuerte impacto en el sistema de salud nacional. Al crecer el desempleo y el trabajo informal, disminuyó el porcentaje de población aportante a la seguridad social. Por lo que, paralelamente, aumentó la población que dependía únicamente del sistema público para la atención de la salud. “El leve aumento del gasto en el sector público de salud (en proporción del PBI) no fue suficiente para evitar la profunda crisis financiera y de infraestructura del sector que debió atender a una gran masa de usuarios que anteriormente contaban con otra cobertura. La crisis se manifestó en la falta reiterada de materiales sanitarios y medicamentos, así como en los conflictos laborales producto del estancamiento salarial” (Ballesteros, 2016, pág. 70).

La ola privatizadora transformó en 1993 a los hospitales públicos en unidades autogestionadas que obtenían sus recursos a través de aranceles que cobraban a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. El modelo terminó por desmoronarse por la falta de pago de estos últimos.

Luego de la crisis del 2001 y 2002, en 2003 comienza un período marcado por un fuerte crecimiento económico. Esto llevó a que de a poco volviera a crecer el porcentaje de población con cobertura de seguridad social. Al evaluar este incremento es importante tener en cuenta también que, a partir de modificaciones en el marco regulatorio, se incorporaron los monotributistas (trabajadores independientes) al sistema de obras sociales y aumentó la población que recibe jubilaciones y, por lo tanto, cobertura de PAMI. Entre el 2003 y el 2010 aumentó casi un 17%<sup>2</sup> la cantidad de asalariados que cuentan con obra social. A pesar de estos cambios, las políticas de salud desarrolladas a partir del 2003, no han modificado las características centrales del modelo neoliberal.

Los gobiernos kirchneristas se han acercado a los valores nacionales y populares del período peronista, intentando poner un freno a las medidas de libre mercado de los treinta años anteriores y una mayor redistribución de la riqueza. “Sin embargo, cuando se refiere a la salud, son obligatorias políticas universales con oferta desmercantilizada, sobre las cuales no se avanza” (Cendali, 2009, pág. 7). Como veremos en el apartado siguiente, en la actualidad se mantiene un sistema de salud fuertemente fragmentado y desigual con muy poca intervención del gobierno nacional.

---

<sup>2</sup> Dato extraído de Ballesteros (2016, pág. 73)

## 4.2 El sistema de salud nacional

El sistema de salud argentino es segmentado, ya que está compuesto por 3 subsistemas: el público, el de seguridad social y el privado. Tiene, también, la particularidad de estar altamente fragmentado. Esto refiere a la falta de articulación y de políticas de integración entre los distintos subsistemas, lo que atenta contra el uso eficiente de los recursos.

“El sistema público responde a una política de bienestar universalista y las obras sociales responde a una política basada en un principio corporativo vinculado con lo contributivo, mientras que las prepagas están vinculadas con la obtención de la cobertura a partir del mercado” (Ballesteros, 2016, pág. 68).

### 4.2.1 El subsistema privado

Aunque el gasto anual del sistema de medicina privada es el más bajo de los tres subsistemas que coexisten en el país, es en este donde se vislumbra el mayor gasto per cápita. Debido a que se financia a través del aporte voluntario de los usuarios, los servicios están destinados a los estratos sociales de medianos y altos ingresos. Por este motivo, la mayoría de las entidades y establecimientos de salud correspondientes al subsector se concentran en Ciudad de Buenos Aires, el conurbano y las grandes ciudades del país. Sólo el 8,2%<sup>3</sup> de la población cuenta con este tipo de cobertura. Muchos de los usuarios de la medicina privada cuentan también con cobertura de seguridad de social, lo que se conoce como “doble afiliación”.

Al igual que los otros dos subsectores, el ámbito privado cuenta con una oferta muy variada de organizaciones y servicios muy heterogéneos. El mismo está conformado por prestadores y médicos particulares y empresas de medicina prepaga que se agrupan en dos cámaras: la Cámara de Instituciones Médico-Asistencial de la República Argentina y la Asociación de Entidades de Medicina Privada (representa a las empresas sin servicios propios). A su vez, en comparación con el subsistema público y las obras sociales, este sector ofrece el mayor espectro de servicios y prestaciones a sus afiliados.

Desde los últimos años de la década del 90, el subsector experimentó un rápido crecimiento y se consolidó funcionando como prestador del sistema de seguridad social. Además, estuvo también impulsado por la posibilidad de este sector de acceder a nuevas tecnologías más avanzadas y equipamientos más modernos. Por otro lado, no cabe dudas que el detrimento de los otros dos sistemas significó un mayor espacio de crecimiento para el sector privado.

A lo largo de su desarrollo, el Estado ha tenido una mínima intervención regulatoria lo que permite que haya muy poca transparencia en las áreas de competencia y mínima protección al consumidor. Dentro de esta lógica se dio lugar, además, a que empresas internacionales entrarán en el mercado nacional.

---

<sup>3</sup> Dato extraído de Adaszko y Musante (2011, pág. 168)

#### 4.2.2 El subsistema de seguridad social

Este subsistema está a su vez integrado por tres tipos de organizaciones. Por un lado, las obras sociales nacionales que cubren las contingencias de salud y proveen infraestructura de turismo y asistencia social a los trabajadores en relación de dependencia y sus familiares. Por otro lado, existen las obras sociales provinciales, una por cada provincia, que brinda cobertura a los trabajadores del sector público. Finalmente está el Programa de Asistencia Médico Integral (PAMI), el cual cubre principalmente a jubilados y pensionados.

Según lo establecido en la Ley de Obras Sociales vigente, estas se financian a través de los aportes patronales, correspondiéndole al empleador un 2% del salario y al empleado el 1%. En algunos casos específicos se pueden sumar adicionales. Estos porcentajes son un piso fijado por ley, evitando que los aportes queden atados a los juegos de poder de los contratos particulares entre empleadores y empleados.

El subsistema como lo conocemos hoy se consolidó en 1970 a través de la Ley 18.610 de Obras Sociales y desde entonces su afiliación es de carácter obligatorio para toda la población trabajadora bajo convención colectiva, sea en el sector privado o público. Si bien el Estado asumía el rol de regulador y normalizador de los entes preexistentes, la norma indicaba que las obras sociales debían ser conducidas por los sindicatos que recaudaban los fondos, sin intermediación. También establecía que cada rama de actividad podía contar con una única obra social y los beneficiarios debían adherir a la correspondiente según su trabajo. Se proponía, así, un sistema solidario al interior de cada gremio, ya que cada trabajador aportaba porcentualmente a su salario, pero todos gozaban de la misma cobertura. Al mismo tiempo, dio lugar a la conformación de un aglomerado muy heterogéneo de obras sociales, en cuanto a población beneficiaria y servicios, en función del salario medio de cada rama de actividad. Para apaciguar estas diferencias la ley creó el Fondo de Redistribución, el cual cumplía un rol compensatorio, redistribuyendo capital de obras sociales superavitarias a otras de menores ingresos. Las relaciones de poder y los conflictos internos al sistema hicieron que en la práctica la capacidad de distribución fuera muy acotada, por lo que la ley continuó aportando a consolidar un sistema de salud fragmentado e inequitativo.

La ley 18.610 fue derogada por la 22.269 y ésta a su vez por la 23.660 de 1988. Ninguna de estas normativas significó grandes cambios en el sistema, sino más bien que contribuyeron a su consolidación. La última las convirtió en agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Durante la década de los 90, bajo el gobierno de Carlos Menem y en líneas con políticas neoliberales, tuvo lugar un profundo proceso de desregularización. El sistema de salud, y las obras sociales en particular, no quedaron exentos. El decreto nacional 9 de 1993 (el cual recién entró en vigencia en 1997) fue un importante paso en esta dirección. En el artículo N°1 se establece que los beneficiarios “tendrán libre elección de su obra social”<sup>4</sup>, rompiendo así con el esquema solidario. Se entendía que la población “cautiva” de las obras sociales atentaba contra la calidad de servicio que estas ofrecían. Es decir que esperaban incrementar la eficiencia del sistema de salud a través de la competencia por la demanda entre los distintos organismos. Esto implicó una disminución en el poder económico y político de los sindicatos, quienes se venían apoyando en el control de las obras sociales para afrontar los distintos espacios de negociación desde 1970.

---

<sup>4</sup> Decreto N°9/93, Art.1.

Hoy en día el Ministerio de Salud de la Nación coordina y supervisa a las obras sociales y a otros agentes del sistema a través de la Superintendencia de Seguros de Salud.

Al margen de las regulaciones existentes, cabe aclarar que este subsistema fue creado sobre la categoría de trabajadores formales y sujeto a un mercado de trabajo que presente condiciones de pleno empleo. El fuerte peso de este subsistema (en 2010 brindaba cobertura al 47%<sup>5</sup> de la población) en el sistema de salud nacional, genera que los cambios en el mercado de trabajo y en la legislación sobre la seguridad social tengan impactos profundos en la cobertura de salud de la población. De esta forma, como sucedió tras las políticas de los gobiernos neoliberales, frente a las crisis económicas y recaídas del país, se produce un traslado importante de afiliados de obras sociales al sistema de salud público.

#### **4.2.3 El subsistema público**

A pesar de los distintos paradigmas, desde el primer gobierno peronista se entendió a la salud como una responsabilidad del Estado y desde entonces el sistema público provee de cobertura médica a toda la población a través de hospitales y centros de salud. El subsistema público tiene cobertura universal con presencia en todo el país, incluso en aquellas zonas consideradas no rentables por el sector privado. En la práctica atiende a cerca del 30%<sup>6</sup> de la población, tradicionalmente grupos de bajos ingresos que carecen de cobertura de los otros sectores y, como vimos en apartado anterior, desde mediados de los 90 se incorporaron los sectores medios empobrecidos que perdieron la cobertura de seguridad social. Para muchos argentinos el hospital público continúa siendo el único servicio accesible geográfica o económicamente.

Argentina es uno de los países con mayor infraestructura pública de la región con 1.319 hospitales, lo que equivale a 75.000 camas, y 5.413 Centro de Atención Primaria de la Salud<sup>7</sup>. El sistema se financia por completo a través del sistema impositivo. En distintas oportunidades se intentó arancelar, sin éxito, los servicios para quienes pudieran abonarlo y limitar a la gratuidad a quienes demostraran no contar con los recursos necesarios.

En Argentina el acceso a los servicios de salud es entendido como un derecho social. Según este principio el Estado debe garantizarlo a toda la población, sin la necesidad de que ésta recurra al mercado. “Sin embargo, debido a la combinación de un sistema fuertemente descentralizado en los gobiernos provinciales y municipales y las fuertes desigualdades de recursos entre las distintas jurisdicciones, existen grandes diferencias en los servicios del sector público según la localización geográfica, y por lo tanto en las posibilidades del estado de garantizar el cumplimiento efectivo de ese derecho” (Ballesteros, 2016, pág. 66). Hoy en día las provincias cuentan con autonomía respecto de las decisiones sanitarias en sus jurisdicciones, son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus ministerios y secretarías de salud y son las encargadas de brindar servicios directos de asistencia a la población. La Nación, a través del Ministerio de Salud, ejerce únicamente funciones de coordinación, regulación y asistencia técnica y financiera. Esto genera

---

<sup>5</sup> Dato extraído de Adaszko y Musante (2011, pág. 164).

<sup>6</sup> Dato extraído de Ballesteros (2016, pág. 71).

<sup>7</sup> Dato extraído de Tobar et al. (2006, pág. 6).

grandes diferencias entre provincias, ya que cada una define de forma autónoma qué porcentaje del presupuesto será destinado a la salud.

### **4.3 Dirección de sida y ETS**

La Dirección de sida y ETS (enfermedades de transmisión sexual), del Ministerio de Salud de la Nación, fue creada en el año 2007. “La Dirección de sida y ETS define y coordina las políticas de prevención y atención del VIH-sida y otras enfermedades de transmisión sexual en el ámbito nacional. Coordina y articula sus acciones con los Programas Provinciales, actores de la sociedad civil y organismos internacionales nucleados en ONU sida” (Dirección de Sida y ETS, 2014, pág. 9).

Su principal responsabilidad es elaborar una estrategia para reducir el impacto de la epidemia de VIH y las enfermedades de transmisión sexual mediante acciones de prevención y promoción del cuidado de la salud.

Por otro lado, esta dirección es la encargada de efectuar un boletín anual sobre VIH-sida y ETS de la Argentina. En el mismo se realizan distintos estudios estadísticos sobre el estado serológico de la nación, a la vez que un análisis sobre el progreso de las enfermedades y de los distintos programas que se llevan a cabo.

### **4.4 Atención Primaria de la Salud**

La Atención Primaria de la Salud (APS) nació en 1977 en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Allí se fijó para el año 2000 la meta de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, la misma fue conocida como “Salud para todos en el año 2000”. En el encuentro se manifestó la preocupación de la organización por hacer frente a las desigualdades en las condiciones sanitarias y el acceso a los servicios de salud entre los diferentes países y grupos poblacionales. Esto resaltó la importancia de alentar a los sistemas de salud pública a que garanticen el acceso universal. Al año siguiente, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud celebrada en Alma Ata, URSS, declaró a la APS como estrategia central para alcanzar ese objetivo. Para ello debían aplicarse un amplio abanico de programas para la prevención, la atención y la rehabilitación.

La APS es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social. Implica la atención médica, así como la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Según este enfoque la salud no está únicamente sujeta a la disponibilidad de recursos sanitarios, sino también a otro tipo de problemáticas socioeconómicas como puede ser la provisión de agua potable, la buena alimentación o la educación. Recordemos que, según la OMS, la salud no se limita a cuestiones fisiológicas.

Cada país debe desarrollar una estrategia de APS basado en las necesidades de su población, buscando optimizar y distribuir de forma equitativa los recursos disponibles en todas las áreas favoreciendo el acceso universal a la salud.

El término “primaria” no debe confundirse con “reducida” o “de menos importancia”, sino que tiene que ver con su carácter primordial, de primer recurso. La atención primaria está relacionada con el primer contacto

que el paciente tiene con el sistema asistencial. Los centros de APS deben ser la puerta de entrada a la atención sanitaria y los encargados de derivar a centros médicos de mayor complejidad en caso de ser necesario.

En la declaración de 1978 se presentan como principios básicos la distribución equitativa de los recursos entre todas las ciudades y sectores sociales; la participación comunitaria, ya que incentiva la participación de la ciudadanía y no solo de profesionales en el cuidado de la salud; y la incorporación de la prevención y la educación como herramientas tan claves como los cuidados curativos.

En “La Red Pública de Atención Primaria de la Salud en Argentina”, los autores presentan una serie de ventajas de incrementar la financiación de APS en el país (Tobar et al., 2006, pág. 4). En primer lugar, señalan que esta estrategia permite obtener un mayor rendimiento en la inversión. Además, los servicios de APS resultan lo más propicios para alcanzar una mayor equidad en el acceso a los servicios sanitarios. En el caso de la Argentina, esto se debe a que la distribución de los centros de APS es más equitativa a la de los hospitales porque responde más directamente a las necesidades de la población. Finalmente, una mayor inversión en APS, particularmente en la Argentina, permitiría optimizar la capacidad de respuesta del sistema organizando una red de atención de abajo hacia arriba.

El Plan Federal de Salud de 2004 firmado entre el Ministerio de Salud Nacional y todos los gobernadores y ministros de salud provinciales puso a la APS en el centro del sistema de salud nacional. El mismo tiene el enfoque puesto en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud.

#### **4.5 El sistema de salud público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

El sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 13 hospitales generales, 19 hospitales especializados, 2 centros de salud mental, 2 centros odontológicos, 45 centros de salud, 39 centros médicos barriales, 82 consultorios de médicos de cabecera y 68 consultorios de odontólogos de cabecera. Al igual que en el sistema nacional, la administración de estos centros se encuentra fuertemente descentralizada.

La regionalización sanitaria comenzó en 1988 con la creación de las áreas programáticas en un intento de aplicar la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Se establecieron 12 áreas programáticas correspondientes a los 12 hospitales generales de agudos (en ese entonces el Hospital Rivadavia aún pertenecía a la nación, fue transferido a la ciudad en 1993).

Desde la teoría un área programática de un establecimiento es “una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita” (citado en Muntababski et al., 2001, pág. 4). A pesar de ello, los límites fueron establecidos principalmente por los radios de emergencia de las ambulancias y a partir de datos epidemiológicos o demográficos. La conducción y administración de estas áreas quedó bajo el paraguas de los hospitales de referencia, teniendo el Jefe de Área Programática una dependencia jerárquica del Director del Hospital. Se conformó, de esta manera, un paradigma médico hegemónico con el hospital como centro de la atención sanitaria. Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) quedaron subordinados

administrativa y financieramente a los hospitales generales. A su vez se convirtieron en la puerta de entrada al sistema de salud, a través de programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad.

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires establece la división del territorio metropolitano en comunas, definidas como "unidades de gestión política y administrativa con competencia territorial"<sup>8</sup>. Recién en 2005 se sancionó la Ley de Comunas cumpliendo el mandato constitucional y dividiendo a la ciudad en 15 comunas conformadas por uno o más barrios, cada una de ellas con un gobierno colegiado de 7 miembros.

En la misma línea que la Constitución, la Ley Básica de Salud establece que el subsector público de salud se organiza territorialmente en unidades de organización sanitaria denominadas regiones sanitarias, integradas cada una de ellas por unidades locales o áreas de salud<sup>9</sup>. Estas últimas responden a una delimitación geográfico-poblacional y se articulan con las comunas. En 2008 la Resolución N°31 del Ministerio de Salud de la Ciudad creó las Regiones Sanitarias I (Este), II (Sur), III (Oeste) y IV (Norte). Esta división buscó ser superadora de las áreas programáticas, ya que "estas experiencias no se articularon con otras delimitaciones sociales, políticas y geográficas, teniendo en cuenta los distritos escolares, las circunscripciones electorales o los Centros de Gestión y Participación, dificultando el análisis epidemiológico discriminado al no disponerse de bases poblacionales"<sup>10</sup>. De todas formas, las áreas programáticas continúan vigentes al día de hoy.

#### 4.5.1 Centros de Salud y Acción Comunitaria

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) son establecimientos que se encuentran distribuidos en los distintos barrios con la intención de tener una llegada más directa a la población del mismo. En total la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con 45 CeSAC ubicados especialmente en la zona sur de la ciudad, donde se encuentra el grueso de la población con necesidades básicas insatisfechas. Cuenta con equipos interdisciplinarios que permiten tener una atención integral a las necesidades del paciente. Esta modalidad también genera que tengan estructuras muy heterogéneas entre los distintos centros.

Como explicábamos más arriba, los CeSAC operan dentro de áreas programáticas, por lo que dependen financiera y administrativamente de los hospitales de cabecera.

Trabajan de acuerdo a los principios de la APS e implementan programas en conjunto con la población de su área de influencia. Entre ellos se encuentran los siguientes:

- Materno infantil
- Control de niño sano
- Procreación responsable
- Sexualidad
- Prevención del cáncer en la mujer
- Control de salud en las escuelas
- Educación para la salud
- Salud mental
- Prevención de accidentes
- Adicciones
- Violencia Familiar
- Sida

---

<sup>8</sup> Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, Art. 127.

<sup>9</sup> Ley N°153/99, Art. 27.

<sup>10</sup> Resolución N°31/GCABA/MSGC/08, consideraciones.



- Enfermedades de transmisión sexual
- Hipertensión arterial
- Diabetes

También se realizan talleres para temas más puntuales y visitas para seguimiento de enfermedades o familias en riesgo.

Una de las grandes dificultades a las que se enfrentan los CeSAC, al igual que otros centros de atención primaria del país, es que se desconoce la población que podría atenderse, porque no hay impedimentos para que cualquier habitante del país se atienda en cualquier centro. Esta es una debilidad a la hora de planificar acciones y planes, ya que la población que se acercará depende mucho de variables que el centro no puede manejar.

Otro problema importante es la gestión de los recursos humanos. En muchos casos los CeSAC son desprestigiados como espacios de trabajo por tener horarios reducidos y alta rotación. Por este motivo muchas veces los profesionales de los CeSAC se sienten en desventaja en cuanto a sus oportunidades de progreso con respecto a sus colegas en los hospitales.

#### **4.5.2 Coordinación Sida**

La Ley de Salud de la Ciudad de Buenos Aires establece como uno de sus objetivos desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente al VIH-sida<sup>11</sup>. Estas tareas las lleva a cabo, desde hace 15 años, Coordinación Sida, dependiente del Ministerio de Salud del GCBA, con la premisa de fortalecer la autonomía de las personas para la construcción de la ciudadanía. El abordaje del sida en general, las políticas de prevención y de promoción del testeo se enmarcan dentro de un plan estratégico elaborado por el área.

Coordinación Sida fue creada en el año 2000 por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires mediante el Decreto N° 1988/00. "Sus funciones son coordinar todos los programas y ejecutar todos los convenios suscriptos por el GCBA relativos a la prevención y tratamiento del sida, de acuerdo al Decreto N° 2202/00."<sup>12</sup> También es responsable de establecer los fundamentos y lineamientos generales que competen a la tarea de información, prevención y diagnóstico del VIH.

Para dar respuesta a la epidemia, junto con otras organizaciones y colaboradores, se creó el Plan Estratégico de VIH-sida de la Ciudad de Buenos Aires, el cual tiene los siguientes objetivos:

- Disminuir la transmisión del VIH
- Garantizar la atención integral a las personas viviendo con VIH/sida
- Promover la investigación aplicada en el área VIH/sida
- Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

---

<sup>11</sup> Ley N°153/99, Art. 14, inc. c.

<sup>12</sup> Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en [www.buenosaires.gov.ar/salud/vih/presentacion-y-objetivos](http://www.buenosaires.gov.ar/salud/vih/presentacion-y-objetivos) Consultado por última vez el día 02/02/17.

A principios del 2016, el gobierno porteño decidió reunir en una misma coordinación los programas de salud sexual y reproductiva y de VIH e ITS (infecciones de transmisión sexual) para abordar las problemáticas de forma conjunta, conformando la Coordinación Salud Sexual, sida e ITS.

#### *4.5.2.1 Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico*

En la práctica, el tratamiento del VIH está centralizado en Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-sida (CePAD) que funcionan dentro de establecimientos como centros de salud, hospitales y organizaciones comunitarias. Al momento existen 36 CePAD que permiten a pacientes sin cobertura médica consultar dudas, retirar preservativos gratis, material informativo y, en 23 de ellos, realizarse el test rápido de VIH obteniendo un diagnóstico voluntario, confidencial y gratuito con asesoramiento.

En 2005, Coordinación Sida desarrolló un documento con herramientas para el desarrollo de los CePAD. El mismo señala que es importante contemplar a la población destinataria a la hora de decidir la ubicación y los horarios de atención de los centros, ya que se espera poder trabajar en conjunto con la población. El espacio físico debe garantizar la confidencialidad y la privacidad de los pacientes que se acercan a hacerse el test o hacer consultas.

En los CePAD se dan instancias de asesoramiento individuales en consultas y también se realizan actividades con técnicas participativas para lograr un acercamiento a códigos y canales adecuados a prácticas y espacios cotidianos de la gente. Este modo de trabajo “más cerca de la población” aumenta la accesibilidad al testeo, evitando instancias burocráticas. Se espera que a través de estos centros los usuarios no accedan sólo a su diagnóstico sino también a todo el sistema de salud. Trabajan en conexión con un hospital para poder derivar a servicios que ellos no contemplen.

Los CePAD están pensados para atender también aquellos que no padecen la enfermedad. Ofrecen sus servicios a todas las personas que tengan dudas o inquietudes sobre VIH-sida o que quieran conocer su estado serológico.

Según los lineamientos de Coordinación Sida, los lugares donde se realizan las actividades de asesoramiento tienen que ser de fácil acceso para las personas, contemplando tanto las características de la comunidad a la que está dirigida como a las de la institución donde funciona el CePAD. El fácil acceso refiere tanto la ubicación geográfica, como a los horarios de atención, como a la buena recepción que se haga de toda persona que se acerque al centro. Debe tratarse de espacio receptivos que inviten a entrar y si logran convertirse en espacios de referencia para la población local, aún mejor. Por último, otro factor que posibilita la accesibilidad es que toda atención, consulta o test, espontánea o derivada, sea gratuita.

Otro de los fundamentos de Coordinación Sida para una comunicación eficaz implica identificar los límites y posibilidades de comunicación. En este sentido, es importante considerar que la comunicación se da de varias formas (verbal, corporalmente, etc.) y todas deben ser consideradas teniendo en cuenta, además, que los sujetos presentes en el sistema de salud provienen de universos socioculturales diferentes.

Por otra parte, es preciso tener siempre presente que se trata con temas de sexualidad, muchas veces reservados al ámbito privado. Se dialoga sobre situaciones que pueden generar vergüenza, incomodidad o ciertos temores a la exposición pública.

#### 4.5.2.2 *Objetivos de promoción y difusión de Coordinación Sida:*

- Difundir la existencia de los servicios que brindan los CePAD.
- Difundir por distintos canales comunicacionales y con diferentes estrategias, información existente y actualizada sobre VIH-sida, sus modos de transmisión y prevención.
- Aumentar el conocimiento y la accesibilidad al preservativo, promover el testeo voluntario y la política de reducción de prevención/asesoramiento/diagnóstico daños, implementar actividades y mensajes que promuevan la no discriminación hacia las personas que viven con VIH.
- Localizar las acciones de comunicación en espacios comunitarios (escuelas, espacios de recreación, comedores, actividades culturales, etc.) y en eventos significativos para la vida de la comunidad (fiestas, eventos anuales) adaptándose a sus horarios y ritmos.
- Articular la promoción de los servicios con los comercios de la zona (supermercados, lugares bailables, etc.), los medios de comunicación comunitarios (revistas barriales, radios comunitarias, etc.) y los organismos gubernamentales cercanos al CePAD (CGP, escuelas, Centros de Salud, etc.).

## 4.6 Centro de Salud y Acción Comunitaria N°38

El CeSAC N°38 se encuentra ubicado en Medrano 350, barrio de Almagro. Está en funcionamiento desde el año 2006 en el edificio que pertenecía a la Clínica El Buen Samaritano de la Asociación Mutual Evangélica, la cual cerró en 1998 debido a la crisis económica. Desde entonces forma parte del área programática del Hospital Durand.

Karina Angeleri, asistente social y directora del CePAD que funciona dentro del centro de salud, explica que la relación con el hospital no es meramente formal, sino que hay una comunicación fluida por insumos, acciones y pacientes.

“Hay una relación, no solo por la dependencia que tenemos del hospital, sino porque la dependencia tiene que ver también con cuestiones administrativas que hay que resolver o solicitudes que tenemos que hacerle al hospital respecto de insumos o respecto de otras cuestiones. A parte hay relación porque muchos pacientes que atendemos nosotros son derivados al hospital o del hospital nos los derivan a nosotros. Hay una relación fluida<sup>13</sup>”.

También sostiene que

---

<sup>13</sup> Entrevista realizada por los autores. 13/07/2016

“todo lo que nosotros mandemos o hagamos, nosotros ponemos en conocimiento a nuestro jefe (Dr. Daniel Rainieri). Nuestro jefe de algunas cuestiones tiene que poner en conocimiento al hospital, en otras nos podemos manejar más libremente, o más directamente con aquellas secretarías, departamentos, servicios, programas a nivel central que dependen directamente del Ministerio de Salud sin tener que pasar por el hospital. Pero está, el contacto está. No es meramente una cuestión de formalidad, sino que hay de las dos cosas. Cuestiones formales y cuestiones que sí necesitamos el aval o la intervención del hospital”<sup>14</sup>.

Según la página web del gobierno de la ciudad, en el centro se ofrecen los siguientes servicios de lunes a viernes de 8 a 18 horas:

- Especialidades: Pediatría, Clínica Médica, Gerontología, Ginecología, Psiquiatría, Psicología (adultos), Psicología (infantil), Trabajo Social, Kinesiología, Obstetricia, Odontología, Farmacia, Electrocardiogramas, Radiología, Laboratorio.
- Programas: Materno infantil, Salud Sexual, Salud bucal, Inmunizaciones.
- Talleres: salud bucal, preparación para el parto.
- Servicio vacunatorio
- CePAD test rápido
- Centro educativo nivel primario, articulación con educación domiciliaria
- AI-Anon y AI-Teen (atención a alcohólicos adultos y adolescentes)
- Articulación con el Centro Integral de la Mujer
- Fubipa (Fundación Bipolar Argentina)

Entre los programas del hospital Durand se encuentra la Residencia de Educación para la Salud, compuesta por profesionales tanto de medicina, como de psicología, educación, comunicación y otras áreas. Lucía Marques de Paiva, quien está en su 3er año de residencia nos cuenta que “lo que hacemos desde la residencia es distintas actividades de educación de la salud, promoción de la salud, en el hospital, en estos centros de salud y en escuelas o instituciones del área”<sup>15</sup>. La residencia también depende del hospital y funciona dentro de su área programática, lo que incluye tanto al CeSAC N°38, como al N°22.

Desde este espacio fue que en 2011 se pusieron en contacto con Coordinación Sida para conformar un CePAD en la sede de Almagro. Karina nos explica que el CePAD “surge por objetivos que tenía en su momento el Área de Coordinación Sida que dependía del Ministerio de Salud de tener distintos centros de salud donde la gente se pudiera testear sin necesitar de la orden médica o haber pasado por un médico. Y poder diagnosticar tempranamente el HIV”<sup>16</sup>. Hoy en día el CePAD está conformado tanto por los miembros de la residencia como por empleados de planta. En 2011 realizaban el test tradicional a través de extracción intravenosa y los resultados demoraban quince días. Hace un par de años incorporaron el test rápido que les permite darle un resultado al paciente en solo minutos.

---

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> Ibid.

<sup>16</sup> Ibid.

## **5. Servicio ofrecido: el test rápido de VIH**

Para realizar la campaña de comunicación debemos conocer el producto con el que vamos a trabajar. En el presente capítulo realizaremos un recorrido sobre las características principales de la enfermedad, un poco de la historia y los mitos que la rodean, las formas de transmisión y las etapas de la infección. A continuación, se describirán los distintos métodos de testeo existentes, para terminar, entendiendo las particularidades que diferencian al test rápido que se realiza en el CeSAC N°38.

### **5.1 El VIH-sida**

#### **5.1.1 Historia de la enfermedad**

Los primeros casos reconocidos de sida se dieron en Estados Unidos a principios de la década de 1980. Se trataba de pacientes jóvenes, homosexuales, hasta entonces sanos que presentaban infecciones antes desconocidas o poco comunes en ese grupo etario. Por eso en un principio se pensó que la enfermedad podría estar ligada a alguna práctica que realizaban los hombres que tenían sexo con otros hombres, lo que dio lugar a una fuerte discriminación que dejó sus huellas hasta el día de hoy. Pero no tardaron en notificarse casos similares en pacientes heterosexuales o mujeres en África, Europa, el Caribe y otras partes del mundo, lo que presentaba al sida como una clara epidemia mundial.

Eduardo Carrillo Maravilla y Armando Villegas Jiménez indican que varios trabajos de la época asociaban los casos a “una inmunodeficiencia celular adquirida no descrita hasta ese momento; y lo sustentaron al determinar una virtual ausencia de la subpoblación de linfocitos T cooperadores/inductores (Th o LT CD4 +)” (Carrillo Maravilla y Villegas Jiménez, 2004, pág. 130). En estos años aparecían nuevos infectados todas las semanas y en seguida se reconocieron otros grupos de riesgo, como pacientes con hemofilia, usuarios de drogas intravenosas y receptores de hemoderivados. La evidencia ya apuntaba hacia un agente infeccioso transmisible por vía sexual o sanguínea. En este escenario grupos de Estados Unidos y Europa comenzaron las investigaciones en busca de identificar el virus causante de estas enfermedades.

En 1979 el doctor Robert C. Gallo y su equipo del Instituto Nacional del Cáncer en Bethesda, Estados Unidos, habían identificado el primer retrovirus humano, el HTLV-I (por sus siglas en inglés Human T-cell Lymphotropic Virus-I) causante de un tipo de leucemia. Luego, en 1982, descubrieron un nuevo retrovirus humano causante de otro tipo de leucemia al que denominaron HTLV-II. Estos hallazgos llevaban a Gallo a pensar que el origen de la epidemia que se estaba sucediendo era también causa de un retrovirus, pero aún no lograba aislarlo.

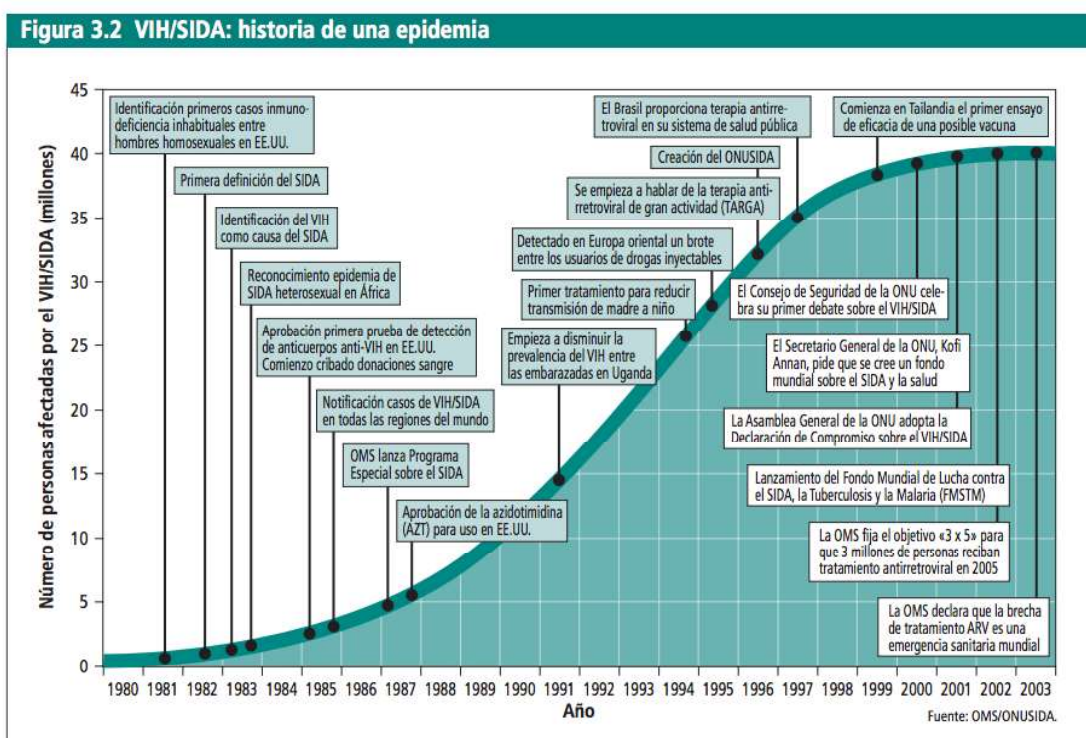
Mientras tanto en el Instituto Pasteur en París, Luc Montagnier y su grupo también investigaban retrovirus. A fines de 1982 comenzaron los experimentos por la búsqueda del agente que estaba produciendo esta nueva enfermedad. A principios del año siguiente, a partir de las muestras de un paciente joven homosexual con linfadenopatía, comprobaron que se trataba de un virus diferente al HTLV-I y al HTLV-II. Montagnier llamó a este nuevo espécimen LAV (por sus siglas en inglés Lymphadenopathy Associated Virus).

En mayo de 1984 el equipo de Gallo publicó cuatro artículos en la revista *Science* sobre lo que ellos denominaron HTLV-III. Más tarde ese año, otro grupo de científicos de la Universidad de California, liderados

por Jay Levy, informaron el descubrimiento de un retrovirus en paciente con sida al que llamaron ARV (por sus siglas en inglés AIDS-Related Virus).

Según Carrillo Maravilla y Villegas Jiménez “el Subcomité de Retrovirus Humanos (del Comité Internacional sobre Taxonomía de los Virus) presidido por Harold Varmus, publicó en mayo de 1986 una carta en Science donde se propuso el nombre virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual fue aceptado ampliamente por la comunidad internacional” (Carrillo Maravilla y Villegas Jiménez, 2004, pág. 132). A continuación, explican que ese mismo año el equipo de Montagnier logró aislar un nuevo retrovirus en paciente con sida, al que se denominó VIH-2, para diferenciarlo del primero al que ahora se conoce como VIH-1.

Imagen 1: historia de la epidemia VIH-sida



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2003, Organización Mundial de la Salud

### 5.1.2 Representaciones sobre la enfermedad

Al trabajar con temas sensibles como el VIH- sida, entendemos necesario poner la lupa sobre las representaciones que se construyen alrededor de la enfermedad. Estas fueron construidas sobre historias de mitos, discriminación y culpabilización de las personas infectadas. No hace falta remontarse a tiempos tan lejanos para encontrar campañas de comunicación y educación que recurren al miedo para llamar la atención. Otras identifican a la epidemia con ciertos “grupos riesgo”, como los varones homosexuales, los consumidores de drogas o las poblaciones más humildes. Estos discursos fomentan la discriminación a personas sobre los que ya pesa el estigma y generan una sensación de lejanía y falsa seguridad en aquellos que no pertenecen a dichos grupos.

En el año 2014 la Dirección de sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación realizó una investigación llamada “Significados asociados al VIH y al sida en la Argentina” realizada en 2014. La misma consistió en un estudio exploratorio con un enfoque epistemológico interpretativo y una estrategia metodológica cualitativa. Las técnicas de producción de información utilizadas fueron entrevistas y *focus groups*. A partir de la misma, se llegó a la conclusión de que el término “sida” retrotrae a “los primeros tiempos”, cuando todavía se conocía muy poco del virus y no existían los tratamientos antirretrovirales. Queda así asociada a “muerte” y a “enfermedad terminal”. En cambio, “VIH” abre las puertas de la modernidad, la medicina y la vitalidad. Es la huella de lo nuevo y con ello la cronicidad y el anhelo de la vida. Ya no hay un miedo a la muerte tan arraigado, sino una inquietud o duda (Dirección de Sida y ETS, 2016, pág. 5).

Solo algunas personas entrevistadas comenzaban un lento proceso de resignificación del VIH como una cuestión colectiva, de todos, y no solo de ciertos “grupos de riesgo”. La esperanza y la información ayudan a una aproximación como una enfermedad crónica más. Al eliminar del plano la muerte, sobresale supervivencia y en consecuencia la vida social e individual. A pesar de estos casos alentadores, todavía prima el juicio moral, el extrañamiento y la distancia hacia el VIH y el sida (Dirección de Sida y ETS, 2016, pág. 5).

Es por estas representaciones tan arraigadas que atrae aparejado el VIH-sida, es que Coordinación Sida hace un fuerte hincapié en la importancia de la información y orienta su trabajo a optimizar la accesibilidad de la población en general a información correcta, para que pueda decidir responsablemente sobre la puesta en práctica de cuidados de su propia salud. Desde el área entienden que son los sujetos, a partir de sus experiencias particulares y condiciones de vida, quienes atribuyen sentido a los discursos que reciben y es por eso que deben ser el centro para toda acción.

### **5.1.3 Descripción de la enfermedad**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un lentivirus que ataca el sistema inmunológico del cuerpo humano. Invade principalmente a un tipo de células encargadas de fabricar los anticuerpos, los linfocitos CD4, causando su depleción. Su rol es tan importante que la disminución de las mismas significa un trastorno en todo el mecanismo de defensa.

El sistema inmunológico es el encargado de proteger al cuerpo de agentes externos que causan infecciones o enfermedades y al debilitarse, el cuerpo queda expuesto sin protección. Se conocen como infecciones oportunistas, a aquellas causadas por otros agentes cuando las defensas de una persona infectada con VIH no cuentan con las fuerzas para defenderse.

Como desarrollamos en el apartado sobre la historia de la enfermedad, existen dos serotipos, el VIH-1 y el VIH-2. El VIH-1 es el más agresivo y el causante de la mayoría de las infecciones en el mundo. El VIH-2, por otro lado, se encuentra concentrado en África occidental.

### **5.1.4 Formas de infección**

El VIH sólo se transmite a través del contacto entre fluidos corporales que poseen una alta concentración viral.

- **Vía sexual:** incluye la penetración vaginal y anal, así como el sexo oral. La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona. El sexo anal es considerado la práctica sexual de mayor riesgo debido a la delicadeza de los tejidos del ano.
- **Vía sanguínea:** puede ser por el uso de sangre o hemoderivados contaminados. Este modo de transmisión es el que hoy en día está más controlado, pero debido al período ventana para identificar la presencia del virus en la sangre, continúa siendo un medio de infección. El contagio por sangre también puede suceder por el uso de jeringas y materiales sanitarios que no estén debidamente higienizados. Este modo de contagio es común entre personas que consumen estupefacientes inyectables por el uso compartido de las jeringas.
- **Transmisión vertical:** esta es la transmisión de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. Actualmente este modo de transmisión se puede prevenir en la mayoría de los casos, siempre y cuando la madre conozca su estado serológico. Se planifica un parto por cesárea, para reducir riesgos, se suprime la lactancia y se les suministra un tratamiento antirretroviral fuerte tanto a la madre como al recién nacido.

### 5.1.5 Fases de la enfermedad

Como decíamos más arriba, el virus de inmunodeficiencia humana es un lentivirus. Esto quiere decir que su período de incubación es largo y su reproducción lenta. Dicha característica da lugar a que se reconozcan distintas fases de la enfermedad, dadas principalmente por el nivel de viremia.

#### *Fase inicial*

El primer estadio se caracteriza por la llegada del virus y el aumento progresivo del cuadro retroviral. La presencia del virus en sangre o viremia va en crecimiento. Esta instancia puede ser asintomática o presentar síntomas inespecíficos difíciles de asociar al virus. Los mismos se manifiestan aproximadamente durante 6 a 8 semanas. Cuanto más duradera sea esta fase, peor será el pronóstico del paciente, ya que significará un mayor daño al sistema inmunológico.

Durante este período no es posible identificar la presencia de VIH a través de los test convencionales (ELISA o rápido). Estos detectan la presencia de anticuerpos en sangre y el cuerpo todavía no ha llegado a generarlos. La seroconversión total ocurre entre las 6 y 12 semanas después de la exposición. Este es el que se conoce como período ventana.

La alta carga viral, sumada al desconocimiento por parte del sujeto de su estado serológico, convierten a estas primeras semanas en un momento de gran transmisibilidad. Muchas de las infecciones se dan producto de conductas de riesgo de pacientes que están transitando este período.

#### *Fase de infección asintomática*

El cuerpo comienza a producir anticuerpos para combatir el virus, el diagnóstico es posible. No se producen síntomas gracias a un equilibrio entre anticuerpos y virus. La viremia disminuye considerablemente, pero aún así existe riesgo de transmisibilidad. Es por eso que resulta de suma importancia que el paciente conozca su estado serológico, tanto por su propia salud como por el control de la epidemia.



Esta es la etapa más larga de la enfermedad, entre 5 y 10 años, o más gracias a los tratamientos antirretrovirales.

#### *Fase de complejo relacionado con el SIDA o pre SIDA*

Aparecen nuevamente síntomas o enfermedades relacionadas con la inmunodeficiencia. Los pacientes ya no estarán como en la fase anterior, pero los problemas no son aún tan graves como en la siguiente. Durante esta etapa el sistema inmunológico va perdiendo fuerzas para combatir al agente externo y éste empieza a ganar espacio. Los anticuerpos disminuyen y hay una tendencia al aumento de la replicación viral, lo que se traduce en una disminución general de las funciones del sistema inmunológico.

#### *Fase final o sida*

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es el estado de la infección por VIH caracterizado por muy bajos niveles de defensas y la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Es un error utilizar VIH y sida como sinónimos, ya que, como vemos, la infección por VIH se caracteriza por una serie de fases clínicas y el sida representa únicamente a esta última.

### **5.1.6 El tratamiento**

Según el “Informe sobre la salud en el mundo 2003”, si no se trata, la enfermedad causada por el VIH tiene una tasa de letalidad cercana al 100% (Organización Mundial de la Salud, 2003). Sin embargo, con los avances médicos, hoy en día un paciente que recibe el tratamiento puede llevar adelante una vida normal en muchos aspectos. “La poliquimioterapia con agentes antirretrovirales (ARV) hace del sida una enfermedad crónica y tratable.” (Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 49). Las drogas antirretrovirales reducen la reproducción del virus en el cuerpo protegiendo al sistema inmunológico. “Con un buen tratamiento se puede evitar que la persona pase a la etapa sida, que es cuando surgen las enfermedades oportunistas”<sup>17</sup>. Es por eso que es tan importante el diagnóstico temprano y el acceso universal a los medicamentos.

“Argentina fue pionera en América Latina en la atención universal y gratuita de las personas con VIH, con una política de provisión de medicamentos”<sup>18</sup>. Desde 1995, nuestro país garantiza el acceso gratuito al tratamiento para VIH a toda persona que resida en el país, sin importar su ciudadanía. Ese año se sancionó la ley 24.455 que establece la obligatoriedad de las obras sociales de ofrecer tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos a sus afiliados y al año siguiente la 24.754 que obliga a lo mismo a las empresas de medicina prepaga. A su vez, a través de los hospitales públicos, el Estado Nacional asegura la atención y los remedios

---

<sup>17</sup> Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en [www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/si-tenes-vih/medicacion](http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/si-tenes-vih/medicacion) Consultado por última vez el día 02/02/17.

<sup>18</sup> Fundación Huésped. Disponible en [www.huesped.org.ar/sobre-la-provision-de-medicamentos-del-vih/](http://www.huesped.org.ar/sobre-la-provision-de-medicamentos-del-vih/) Consultado por última vez el día 02/02/17.

a quienes no cuentan con ningún otro tipo de cobertura médica, que representan al 69% de los pacientes en tratamiento.<sup>19</sup>

La página web oficial del Ministerio de Salud de la Nación tiene un apartado dedicado exclusivamente a la medicación para VIH-sida. En la misma se señala la importancia de la atención médica. Es un profesional de la salud quién debe indicar cuándo y qué tratamiento iniciar. El mismo puede depender de la carga viral y del conteo de CD4 (indicador de las defensas del organismo) del paciente. Al mismo tiempo una vez iniciado el tratamiento, deben realizarse test de resistencia para evaluar si el mismo está siendo efectivo.

### **5.1.7 El diagnóstico**

Existen dos tipos de pruebas de laboratorio para diagnosticar infecciones por VIH, las pruebas directas y las indirectas o convencionales.

Las pruebas directas son las menos utilizadas por su alto costo. Estas permiten detectar la presencia del virus o sus constituyentes, aun cuando todavía no se han producido anticuerpos. Un ejemplo es el examen PCR.

Las pruebas indirectas están basadas en análisis serológicos, es decir que detectan la presencia de anticuerpos en sangre. Tanto los test rápidos como realizados por extracción de sangre (por ejemplo, el test ELISA o el Western blot) son de este tipo. Como explica Karina Angeleri, es posible que este tipo de exámenes den falsos positivos<sup>20</sup>. Los test identifican ciertos anticuerpos relacionados con la presencia del virus de VIH, pero los mismos pueden estar también vinculados a otros tipos de infecciones. Es por eso que cuando se obtienen resultados positivos, se deriva al paciente para que se realice más pruebas para confirmar el diagnóstico. Los resultados negativos, por otro lado, se consideran un diagnóstico seguro, con la excepción de que el paciente se encuentre en el período ventana.

La importancia del diagnóstico temprano es vital. Conocer el estado serológico permite que el paciente se beneficie de los tratamientos antirretrovirales, mejorando su pronóstico y su calidad de vida, a la vez que se reducen sus posibilidades de transmitir el virus por la reducción de la viremia. Por otro lado, identificar a nuevos infectados permite ponerlos en advertencia sobre comportamientos de riesgo que causan infecciones secundarias.

Según el Plan estratégico nacional de VIH-sida, ITS y hepatitis virales 2013-2017 del Ministerio de Salud de la Nación, se considera diagnóstico tardío “a los casos que presentan junto o hasta los 12 meses posteriores al diagnóstico de VIH, una enfermedad marcadora de sida” (Dirección de Sida y ETS, 2013, pág. 11). En algunos casos la situación puede revertirse a través del tratamiento correcto, pero en líneas generales el pronóstico de estos pacientes es considerablemente menos favorable que en los casos de un diagnóstico temprano. El documento del ministerio señala que el 25% de los diagnósticos reportados en el país durante el año 2010 fueron tardíos. Y agrega que

---

<sup>19</sup> Dato extraído de Dirección de Sida y ETS (2013, pág. 10)

<sup>20</sup> Entrevista realizada por los autores. 13/07/2016

“el sexo y el nivel de instrucción son variables que influyen diferencialmente en los diagnósticos tardíos; el primero en razón del acceso temprano a la oferta de test de VIH que tienen las mujeres durante el embarazo; y en el caso del nivel de instrucción (...) se observa diagnóstico tardío en el 41% de los que no terminaron la primaria en relación con el 18% de los que completaron educación terciaria o mayor” (Dirección de Sida y ETS, 2013, pág. 12).

## **5.2. El examen diagnóstico**

Según el Ministerio de Salud, “(...) el test de VIH es gratuito, voluntario y confidencial. Es un derecho, nunca una obligación ni condición para el ingreso a un trabajo, el acceso al estudio, la atención médica, la realización de una operación o un examen prenatal” (Dirección de Sida y ETS, 2014, pág. 30).

Todas las instituciones públicas que ofrecen el diagnóstico de VIH lo hacen de forma gratuita. También es así en muchas otras organizaciones como Nexo o Fundación Huésped.

El test es siempre voluntario. Nadie puede forzar a otra persona a realizarse el examen diagnóstico. Conocer el estado serológico debe ser una decisión personal. Por eso desde Coordinación Sida y otras organizaciones se hace un fuerte hincapié en la importancia de la información. Para poder tomar una decisión como esta, el sujeto debe estar informado sobre sus derechos, el test y que implica un resultado positivo o negativo. Por este motivo, como veremos un poco más adelante, en los CePAD como que el que funciona en el CeSAC N°38, se realizan entrevistas pre-test. Por otro lado, la ley establece la obligatoriedad de firmar un consentimiento informado donde la persona confirma su voluntad de hacerse el examen.

A partir de lo establecido en la Ley Nacional de Sida sancionada en 1990, el test debe ser también confidencial. El espacio físico donde se efectúen la consulta y se tome la muestra deben garantizarlo. Además, en nuestro país existe la obligación legal del equipo de salud de no revelar, sin autorización, el resultado de un paciente ya sea positivo o negativo. Para resguardar el anonimato de los consultantes, los datos son registrados con código estipulado por la Ley de Sida y no con su nombre y apellido. Por este mismo motivo no es necesario identificarse para acceder a la prueba.

### **5.2.1 El test en el Centro de Salud y Atención Comunitaria N°38**

Como lo señala la página web oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, el test es “sencillo, confidencial y gratuito”<sup>21</sup>. No es necesario estar en ayunas, ser mayor de edad o presentar orden médica. Una gran ventaja que ofrecen los CePAD, como el que funciona dentro de CeSAC N°38, es que no es necesario sacar un turno previo. El paciente puede acercarse al centro los lunes y jueves de 9 a 11:30 horas y los martes de 8:30 a 10:30 y de 15:30 a 17 horas y solicitar que le realicen la prueba. No hay demoras, largos procesos burocráticos, ni tiempo para que surjan miedos, barreras a la accesibilidad al test que hacen que se pierda la oportunidad de diagnósticos tempranos y tratamientos antirretrovirales.

---

<sup>21</sup> Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en [www.buenosaires.gob.ar/salud/vih/test-de-vih-sida-y-centros-de-testeo](http://www.buenosaires.gob.ar/salud/vih/test-de-vih-sida-y-centros-de-testeo). Consultado por última vez el 04/02/17.

Cuando un paciente se acerca a hacerse el test, una dupla interdisciplinaria de residentes de educación para la salud lo recibe y le realiza una entrevista previa, en la que se le informa sobre cómo se efectúa la prueba y qué implican los distintos resultados. Dicha entrevista se efectúa en un consultorio cerrado, garantizando la privacidad del paciente. Las residentes que trabajan en el centro rescatan que este es un espacio sumamente importante en donde se intenta desandar el motivo de consulta, (“¿por qué esta vez te trajó? ¿qué paso? ¿qué situación hubo?”<sup>22</sup>) para asesorar al paciente sobre las conductas de riesgo y, si la hubo, reflexionar sobre la situación puntual que lo llevó a hacerse el test. En muchos casos la duda se debe a problemas en el uso del preservativo: no se usó, se salió, se pinchó, etc. En estos casos, por ejemplo, se trata de indagar sobre qué pasó para brindar asesoramiento en consecuencia. También se le da al paciente la posibilidad de hacer todas las preguntas que quiera, sacarse dudas y miedos.

A continuación se toma la muestra de la yema de un dedo y se le solicita al paciente que aguarde en la sala de espera. Se le informa que el resultado estará en 15 minutos, pero que pueden llegar a demorar un poco más si es que hay otros solicitantes aguardando a ser atendidos.

Karina Angeleri nos explica que cuando la serología es positiva, por lo general, se comienza a notar en las tiras reactivas mucho más rápido. De todas formas, para garantizar la validez de la prueba nunca se le informa antes de transcurridos los 15 minutos.

Para entregar el resultado, se le solicita al paciente que vuelva a ingresar al consultorio. En caso de ser positivo se lo asesora sobre los pasos a seguir y se lo deriva al Hospital Durán para que se realice más estudios que corroboren el diagnóstico. Cualquiera sea el resultado, se aprovecha esta instancia también para profundizar en los motivos de la consulta y advertir sobre conductas de riesgo.

“Si no haríamos que pasen directamente al laboratorio y ya está. La idea es en esta instancia precisamente, si a alguien le da resultado negativo, poder trabajar por qué esta persona pudo haber pensado, qué cosas le hacen preguntarse que puede estar en una situación de riesgo. Entonces, la idea es poder trabajar sobre esas prácticas y que esas prácticas sean las que tengan eficacia, aún, aunque hoy su fotografía sea negativa. (...) Es un momento adecuado para que nosotros podamos profundizar sobre las estrategias de prevención y aclarar aquello que no está claro o desmitificar aquello que es un mito”<sup>23</sup>.

Al finalizar el encuentro se le entrega al paciente folletería informativa en función de su condición y se ofrecen preservativos y geles.

Según el boletín anual de VIH-sida elaborado por Coordinación Sida en el CeSAC N°38 se realizaron 294 análisis en 2012, 214 en 2013 y 334 en 2014.

#### 5.2.1.1 Test rápido Alere Determine HIV-1/2

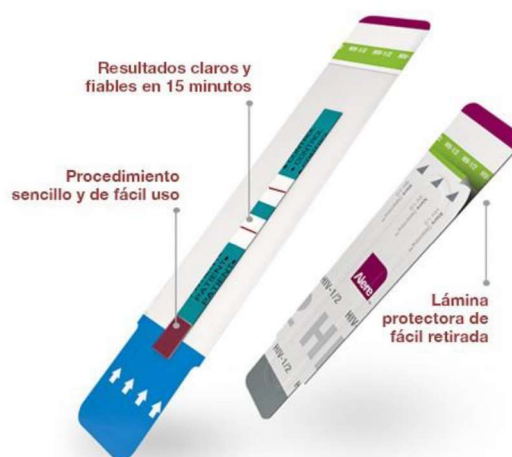
---

<sup>22</sup> Entrevista realizada por los autores. 12/11/2015

<sup>23</sup> *Ibíd.*

En CeSAC N°38 se utiliza el test rápido Alere Determine HIV-1/2. Este no requiere de mucho equipamiento ni preparación, por lo que puede ser utilizado en todos los niveles del sistema de salud y resulta ideal para centros de atención primaria. Detecta la presencia de anticuerpos para VIH tipo 1 y 2.

Imagen 2: tiras reactivas Alere Determine HIV-1/2.



Fuente: <http://www.alere.com/es/home/product-details/determine-hiv-1-2.html>

Las tiras reactivas vienen en cartones de diez unidades, las cuales se puede separar a través de una línea troquelada. Las mismas deben almacenarse dentro del sobre de aluminio en el que vienen, el cual cuenta con un cierre hermético para evitar que se humedezcan, y a una temperatura ambiente de entre dos y treinta grados centígrados. Para mantener las pruebas en condiciones, cada tira reactiva cuenta con una lámina de protección que cubre la almohadilla y las ventanas de resultados, la cual debe removerse justo antes de efectuar el test.

Como nos explicaron las residentes de educación para la salud, para realizar el test se le toma al paciente una pequeña muestra de sangre de la yema de un dedo, similar a la muestra que toman las personas con diabetes para medir el nivel de insulina. Con un tubo capilar se extrae una pequeña gota de sangre y se la coloca en una almohadilla en la parte inferior de la tira reactiva. Sobre la muestra se coloca una gota de “*chase buffer*”, reactivo que diluye la muestra y permite que se conjugue con los químicos de la tira. Después de esto, solo resta esperar. Los resultados demoran entre 15 y 20 minutos.

Los resultados se leen de forma similar a un test de embarazo. La tira reactiva cuenta con dos ventanas de resultados, donde aparecen o no líneas horizontales.

El rectángulo superior es de control. Una línea roja allí indica que el test es válido, mientras que su ausencia indica que el resultado arrojado será inválido y es conveniente repetir la prueba. La ventana inferior informa el resultado del paciente. Una línea roja, sin importar la intensidad del color, significa la presencia de anticuerpos, es decir, un resultado positivo. En el caso negativo, el rectángulo deberá permanecer vacío.

### **5.3 Tests alternativos**

Las pruebas de detección se basan en el test denominado ELISA (de las siglas en inglés, Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas) que actualmente tienen una sensibilidad y especificidad cercana al 99%.

La calidad diagnóstica del ELISA se define en función de la selección del punto de corte o “cut-off”, (el valor a partir del cual el resultado es positivo, indicando presencia de anticuerpos contra el virus) y sobre todo por la base antigénica (distintas sustancias contenidas en el virus) utilizada para capturar los anticuerpos específicos presentes en la muestra.

Las pruebas ELISA han evolucionado (existen cuatro generaciones) y mejorado con el tiempo debido a su capacidad de detectar cada vez una mayor cantidad de anticuerpos en menos tiempo. Así, mientras que los ensayos de primera generación solo permitían detectar unos pocos anticuerpos, los de cuarta generación detectan múltiples anticuerpos e incluso proteínas del propio virus tales como el antígeno p24 –que tiene una concentración elevada en sangre durante la fase primaria de la infección-. Las pruebas más modernas permiten detectar infecciones por VIH a las dos semanas de producirse, a diferencia de las de primera generación, que únicamente podían detectar el virus transcurrido 3 meses desde su entrada al organismo, es decir, se logró disminuir el período ventana.

Desde el punto de vista del consultante hay dos grandes diferencias entre las pruebas ELISA y el test rápido. Para las primeras es necesaria una extracción de sangre con jeringa, mientras que, en las segundas, como vimos, alcanza con un pequeño pinchazo en un dedo. Por otro lado, mientras que unos resultados demoran tan solo 20 minutos, los otros pueden tardar hasta varios días o semanas. Esto genera que muchas personas que se acercan a realizarse la prueba, después no retiren sus resultados y continúen sin conocer su estado serológico.

### **5.4 Tests confirmatorios**

La trascendencia de la infección por el VIH hace necesaria la confirmación de los resultados positivos obtenidos en las pruebas de detección primaria de anticuerpos.

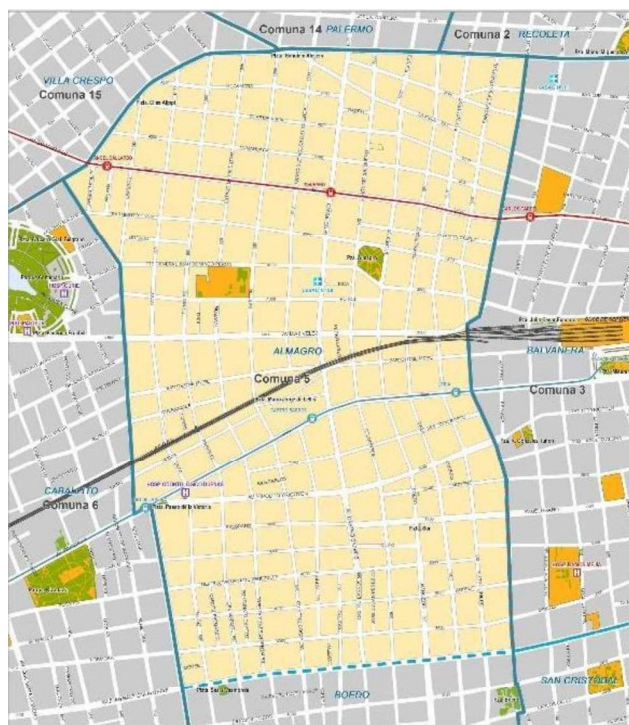
La técnica más ampliamente utilizada es el Western Blot (WB) y se utiliza para asegurar que los resultados que se obtuvieron por las técnicas rápidas o de detección sean correctos.

La técnica consiste en la separación de las distintas proteínas del virus y posterior combinación con la muestra del paciente. Si la muestra contiene anticuerpos contra el virus se detectarán como una banda coloreada y el resultado será positivo.

## **6. El barrio de Almagro**

Una vez que ya conocemos la conducta a modificar, el servicio ofrecido, la institución que lo presta y el sistema en el que la misma está inserta, debemos analizar el mercado en el que opera. Esto nos permite profundizar en el contexto en que funciona el centro de salud y en el que se mueve nuestro público objetivo. Para ello, en este capítulo describiremos al barrio de Almagro y a su población.

Imagen 3: El barrio de Almagro



Fuente: <http://www.buenosaires.gov.ar/laciudad/barrios/almagro>.

### **6.1 Su historia**

Antes de convertirse formalmente en un barrio de la ciudad porteña, Almagro fue un terreno fértil de mucha circulación. En 1839 Julián Almagro compró tierras en la zona, 18 hectáreas, y unos años más tarde donó terrenos para que se construyera la estación del primer tren que circuló en el país. Por haber sido donado por Almagro, llevó ese nombre el cual luego se usó también para bautizar a los alrededores<sup>24</sup>.

Hoy en día Almagro es uno de los barrios más tradicionales de la Ciudad. Asociado fuertemente a las grandes figuras del tango cuyas imágenes continúan inmortalizadas en los típicos cafés porteños.

---

<sup>24</sup>Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en [www.buenosaires.gov.ar/laciudad/barrios/almagro](http://www.buenosaires.gov.ar/laciudad/barrios/almagro) Consultado por última vez el día 02/02/17.

## 6.2 Límites territoriales

El barrio de Almagro, Buenos Aires, está ubicado en el centro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Comparte sus límites con los barrios de Villa Crespo, Palermo y Recoleta hacia el norte, Balvanera al este, San Cristóbal al sudeste, Boedo al sur y Caballito al oeste. Ubicado dentro de la Comuna 5, está comprendido entre las arterias Río de Janeiro, Avenida Rivadavia, Avenida La Plata, Avenida Independencia, Sánchez de Loria, Sánchez de Bustamante, prolongación virtual de Sánchez de Bustamante (puente peatonal), Avenida Díaz Vélez, Gallo, Avenida Córdoba, Avenida Estado de Israel y Avenida Ángel Gallardo.

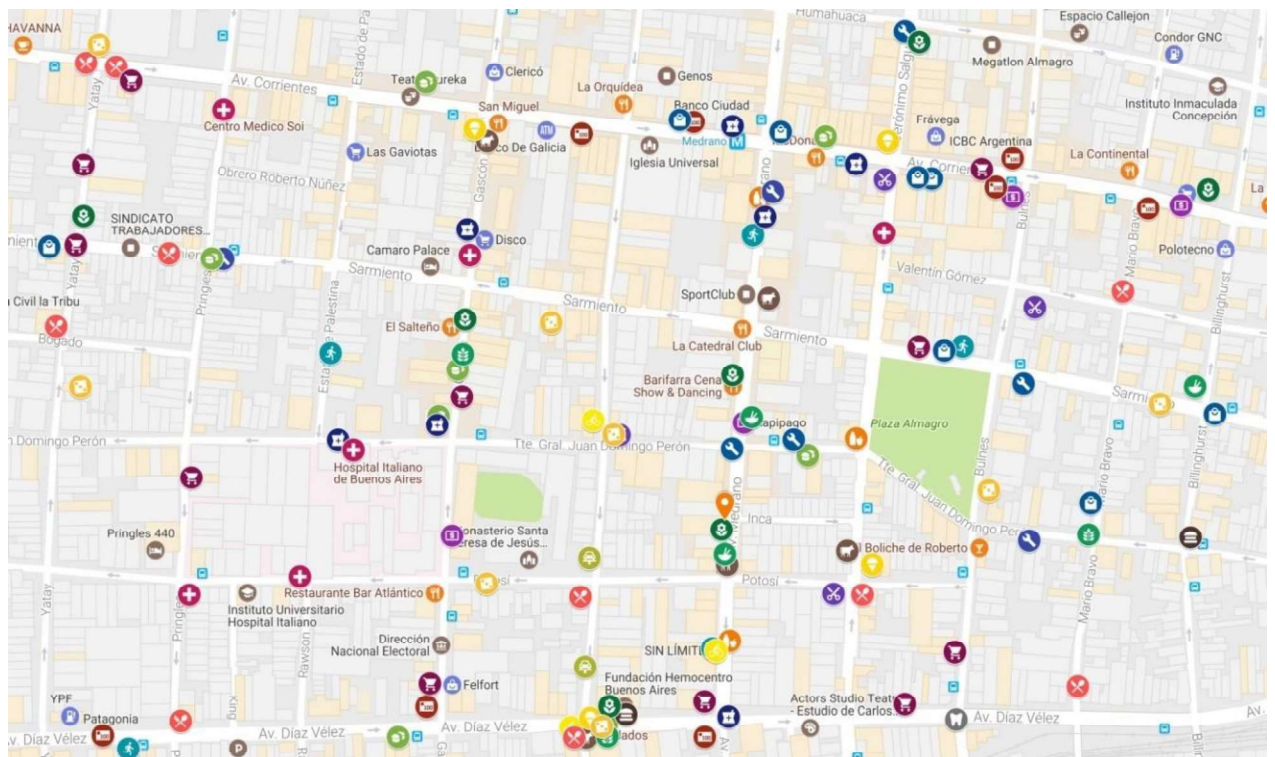
## 6.3 Locales, comercios y el entorno

La Avenida Corrientes, una de las avenidas más conocidas e importantes de la ciudad, es una de las principales arterias del barrio. Es su conexión con el centro de la capital y el espacio de mayor concentración de locales y comercios de la zona, además de galerías y restaurantes que hacen sentido en uno de los barrios más poblados de Buenos Aires.









De forma similar, encontramos la Avenida Rivadavia en el centro del barrio que, junto a Corrientes, es escenario de la mayor parte de la actividad comercial.






Según ZonaProp, clasificado inmobiliario online, el barrio de Almagro cuenta con 1.870 calles, más de 350 restaurantes y de 1.500 comercios, 1 plaza que lleva su mismo nombre, 17 colegios y 4 hospitales o clínicas. Por sus calles transitan 33 líneas de colectivos y bajo sus arterias principales circulan las líneas A y B del subterráneo, ofreciendo un fácil acceso desde y hacia los distintos puntos de la ciudad.

Imagen 4: Comercios del barrio de Almagro





-  CeSAC N°38
-  Banco
-  Terminal de pagos
-  Supermercado
-  Almacén
-  Dietética
-  Carnicería
-  Fiambrería

-  Verdulería
-  Panadería
-  Fábrica de pastas
-  Heladería
-  Restaurante
-  Kiosco
-  Ferrería
-  Taller mecánico

-  Bicicletería
-  Veterinaria
-  Peluquería
-  Artículos de consumo
-  Centro deportivo
-  Centro de salud
-  Farmacia
-  Centro odontológico

Fuente: elaboración propia.

## 6.4 La población del barrio

Cuenta con una superficie total de 4,1 km<sup>2</sup><sup>25</sup> y una población total de 128.206 habitantes<sup>26</sup>, lo que lo convierte en uno de los cinco barrios más poblados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Según el Censo Nacional de 2010 el 44,7% de los habitantes del barrio son varones y el 55,3% mujeres.

El 72% de la población mayor a 10 años realiza alguna actividad económica, número que aumenta a 92% entre aquellos que tienen entre 35 y 44 años. Estos datos superan con a los porcentajes de la ciudad en 2 y 3 puntos, respectivamente.

El barrio de Almagro es, en gran medida, un barrio residencial. Aunque más del 50% de los vecinos es propietario de su vivienda o terreno, el porcentaje de inquilinos (34%) es mayor que en el resto de la ciudad (28%).

Al mirar los datos sobre nivel educativo de la Ciudad de Buenos Aires en comparación con los del barrio, es posible observar algunas diferencias. El barrio de Almagro tiene un nivel educativo mayor al promedio de la ciudad. Entre quienes completaron algún nivel educativo en la ciudad, el 21% logró el nivel primario mientras que el 39% alcanzó el nivel superior o universitario. En Almagro, el número de gente que alcanzó el nivel primario desciende a 17% y aumentan los niveles superiores al 43%. Esta tendencia se mantiene en la población con estudios incompletos y el gap es aún mayor. La ciudad tiene un 5% más de habitantes con estudios primarios incompletos, pero la diferencia en los niveles superior y universitario de estudios es de 8% a favor de Almagro.

En concordancia con los datos sobre nivel educativo, se puede observar un aumento en la cobertura privada de salud en la población de la comuna 5. Mientras que el 18% de la población de la ciudad no tiene obra social, ni prepaga o plan estatal, en la Comuna sólo el 13% se encuentra en dicha posición. Por el contrario, el 73% de los habitantes de la misma cuentan con obra social o prepaga a través de obra social.

<sup>25</sup> Dato extraído Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en [www.buenosaires.gob.ar/laciudad/barrios/almagro](http://www.buenosaires.gob.ar/laciudad/barrios/almagro) Consultado por última vez el día 02/02/17

<sup>26</sup> Dato extraído Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Disponible en [www.buenosaires.gob.ar/laciudad/barrios/almagro](http://www.buenosaires.gob.ar/laciudad/barrios/almagro) Consultado por última vez el día 02/02/17

## **7. Situación epidemiológica**

Cada vez que una persona se realiza un test de VIH-sida, en cualquier institución, se le pide que complete un breve cuestionario en que se le pregunta, su edad, nivel de estudios alcanzados y con quién mantiene relaciones sexuales entre otras preguntas. Estos datos, junto con los resultados de la prueba, son archivados con un código con fines estadísticos. A partir de esta información, tanto desde la Dirección de Sida y ETS, como desde Coordinación Sida, se efectúan boletines anuales. En el presente capítulo presentaremos algunos de estos números para conocer la situación actual del VIH en el contexto en que trabaja el CeSAC N°38. Los mismos permiten también, conocer más de las personas que viven con VIH-sida y de las personas que se realizan el test.

### **7.1 Datos serológicos de Argentina<sup>27</sup>**

De acuerdo a la información del Boletín sobre VIH-sida N°33 en la Argentina, publicado en diciembre de 2016 por el Ministerio de Salud de la Nación, se estima que en la Argentina viven 120 mil personas con VIH, de las cuales el 30%, es decir unas 36.000 personas, desconoce su situación serológica.

El diagnóstico se da en una edad promedio de 33 años para ambos sexos. La mayor parte de los diagnósticos se producen en personas de entre 25 y 45 años (59%), mientras que el 20% son en menores de 25 y el 21% en mayores de 45.

Aunque en los últimos años el nivel de instrucción de quienes reciben resultados positivos ha aumentado (especialmente entre los varones, de estos uno de cada tres posee estudios superiores.), la mayor parte de los infectados de ambos sexos no completó la escuela secundaria. Sí existe diferencia en el caso particular de los hombres que obtuvieron el virus a través de relaciones sexuales con otros hombres, de quienes un 35% comenzó estudios terciarios o universitarios y un 9% los completó.

El 90% de las infecciones se producen por relaciones sexuales desprotegidas. En el caso de los varones el 46,9% de las infecciones son producto de relaciones sexuales con varones y el 43,2% con mujeres. El 1% lo obtuvo de su madre durante el embarazo o la lactancia, el 0,07% por el uso de drogas inyectables y del 8,2% restante se desconoce el origen de la infección. En las mujeres, las relaciones sexuales con varones son la causa del 90,6% de los casos, mientras que la transmisión perinatal explica un 2,7%, de las infecciones, el uso de drogas inyectables el 0,2% y solo el 6,4% de los casos es por causas desconocidas.

En el año 2015 el 68% de los diagnosticados fueron varones y la razón varón/mujer se encontraba en 2:1. Salvo en los menores de 14 años, grupo en el que casi todos adquirieron el virus por transmisión perinatal y no por causas sexuales, en todos los otros grupos etarios hay más varones que mujeres. Esta situación aumenta a medida que incrementa la edad.

Durante el período 2012-2015, el 27% de los diagnósticos fueron tardíos, es decir en etapa sintomática. El 32% de los varones y el 23% de las mujeres se diagnostican en una etapa avanzada de la infección. Estos

---

<sup>27</sup> Datos extraídos de Dirección de Sida y ETS (2016).

números descienden, sobre todo en el caso de los varones, si se observa únicamente la Ciudad de Buenos Aires, donde el 23,6% de los varones y el 22,2% de las mujeres obtuvieron diagnósticos tardíos. El diagnóstico tardío aumenta con la edad, entre las personas de 55 a 64 años este llega el 52% en los varones y 48% en las mujeres. Esto probablemente se deba a que las personas mayores no se consideran grupo de riesgo, por lo que no se hacen la prueba hasta no enfrentar algún síntoma. Finalmente, en relación a los diagnósticos tardíos, estos son más frecuentes en personas con niveles de instrucción más bajos.

## **7.2 Datos serológicos de la Ciudad de Buenos Aires<sup>28</sup>**

De acuerdo a los datos de la última versión del informe de situación elaborado por Coordinación Sida “Situación Epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires” (2016), entre los años 2012 y 2014, el 67,8% de los diagnósticos fueron realizados en instituciones públicas.

En el 2014 la relación varón/mujer se encontraba en 2,55:1. Entre el 2012 y el 2014 el 49,5% de los varones diagnosticados y el 43,5% de las mujeres tenían entre 25 y 40 años.

Del total de casos notificados desde el año 2003, 57% de los residentes de CABA masculinos tiene alto nivel de instrucción formal, con secundaria completa o más versus el 34% de las mujeres. Al igual que a nivel nacional, en esta variable surgen diferencias significativas cuando se cruza con la vía de transmisión. Mientras que solo el 42% de los varones que obtuvo el virus a través de relaciones sexuales heterosexuales completaron la secundaria o más, el 72% de los que lo obtuvieron de relaciones homosexuales alcanzaron el mismo nivel educativo.

El 43% de los diagnosticados entre 2012 y 2014 contaba con alguna cobertura de salud (obra social o prepaga).

La vía de transmisión sexual es predominante en ambos sexos. El 94,1% de las mujeres notificadas entre 2012 y 2014 obtuvieron el virus a través de relaciones sexuales, el 47% de los hombres a través de relaciones sexuales con mujeres y el 49,9% a través de relaciones sexuales con hombres.

En 2014, el 31,2% de los diagnósticos fueron tardíos. Entre los varones se detecta una mayor tasa de diagnósticos tardíos que entre las mujeres, número que asciende aún más entre usuarios de drogas y varones heterosexuales. La diferencia entre sexos disminuye a medida que las mujeres se alejan de la edad fértil. El mayor nivel de instrucción se relaciona con una menor proporción de diagnósticos tardíos tanto en mujeres como en varones.

### **7.2.1 Testeos en la ciudad**

En el año 2014 el 47,6% de las personas que se testearon en la Ciudad de Buenos Aires fueron mujeres, el 51,2% varones y el 1,2% personas trans. Entre 2012 y 2014, las personas que se acercaron a los CePAD tenían entre 20 y 39 años en un 70%, independientemente del género.

---

<sup>28</sup> Todos los datos de esta sección fueron extraídos de Coordinación Sida (2016).

Resulta interesante destacar que del total de notificaciones realizadas entre 2012 y 2014, el 67,8% fue remitido por instituciones públicas y 32,2%, por instituciones que brindan asistencia a prepagas y obras sociales. Aunque no es posible saberlo con certeza, este dato podría ser un indicador de que gran parte de las personas que viven con VIH provienen de sectores sociales humildes que no cuentan con otro tipo de cobertura de salud. Al mismo tiempo, como se señala en el apartado anterior, sabemos que, en este mismo período, el 43% de los diagnosticados declaró contar con obra social o prepaga, lo que nos invita a pensar que, aun teniendo cobertura privada, algunos eligen acercarse a instituciones públicas para realizarse el examen.

Resulta llamativa la cantidad de personas que no retiran los resultados de su test. Uno de los objetivos del test rápido es aumentar el número de personas que se realizan la prueba y efectivamente conocen su serología. En 2014 solo el 75,1% de las personas que se realizaron test convencionales retiraron su resultado. En el caso de los tests rápidos también sucede que algunos se retiran antes de conocer el resultado, pero en 2014 fueron tan solo el 1,6%. En particular en el CeSAC N°38, el 91% de los testeados se fueron conociendo su situación serológica.

### **7.3 Datos serológicos de la Comuna 5<sup>29</sup>**

Según el boletín oficial, entre 2003 y 2014 se notificaron 201 casos de infección en la comuna 5 (Almagro y Boedo), lo que representa el 6% del total de la ciudad. En el año 2014, la tasa de mortalidad por sida en la comuna fue de 4,3 cada 100.000 habitantes.

### **7.4 El test: razones de aceptación o rechazo**

En “Significados asociados al VIH y al sida en la Argentina” se destacan los siguientes motivos por los que la gente decide o no hacerse el test de VIH-sida (Dirección de Sida y ETS, 2016, pág. 6).

#### **¿Por qué no?**

- No creen estar contagiados o expuestos al virus.
- No se dio la oportunidad de testearse.
- Testeo indirecto: sus parejas se hicieron el test y les dio negativo.
- Miedo a un resultado positivo: miedo a la discriminación social y a tener una enfermedad terminal.
- Sensación de seguridad: algunas personas creen haber sido testeadas sin haber ido a una consulta especialmente para ello (un testeo indirecto en instancias como la donación de sangre, los controles prenatales o el examen preocupacional). Si bien nunca recibieron el resultado, creen que de haber sido positivo se les habría informado.

---

<sup>29</sup> Todos los datos de esta sección fueron extraídos de Coordinación Sida (2016).

## ¿Por qué sí?

El informe de investigación agrupa los motivos en 6 categorías:

- Situaciones de potencial exposición al virus: un pareja o ex pareja sexual les comunica que contrajo el virus o una relación sexual no segura.
- Infección de un familiar o amigo cercano.
- Pretende dejar de usar preservativo.
- Análisis de rutina.
- Campañas públicas de testeo.
- Análisis no voluntario: por examen prenupcial, embarazo, donación de sangre y examen preocupacional.

## 7.5 Centros de testeo en la Ciudad de Buenos Aires

En *Strategic marketing for non-profit organizations*, Kotler y Andreasen hacen referencia al concepto de competencia en las organizaciones sin fines de lucro (Kotler y Andreasen, 1995, pág. 50). Señalan que incluso en este tipo de instituciones, la competencia puede ayudar más que dañar. El hecho de que existan dos organizaciones peleando por llamar la atención, invirtiendo dos presupuestos publicitarios y atrayendo más atención de los medios puede estimular el crecimiento total del mercado. Una organización puede perder participación de mercado frente al surgimiento de otras con los mismos objetivos, pero crecer en términos reales porque el mercado crece en consecuencia.

Sin embargo, a muchas organizaciones sin fines de lucro no les agrada pensar en esos términos. Como todas buscan alcanzar los mismos objetivos sociales, creen que cualquier energía enfocada en la competencia sería energía mal dirigida.

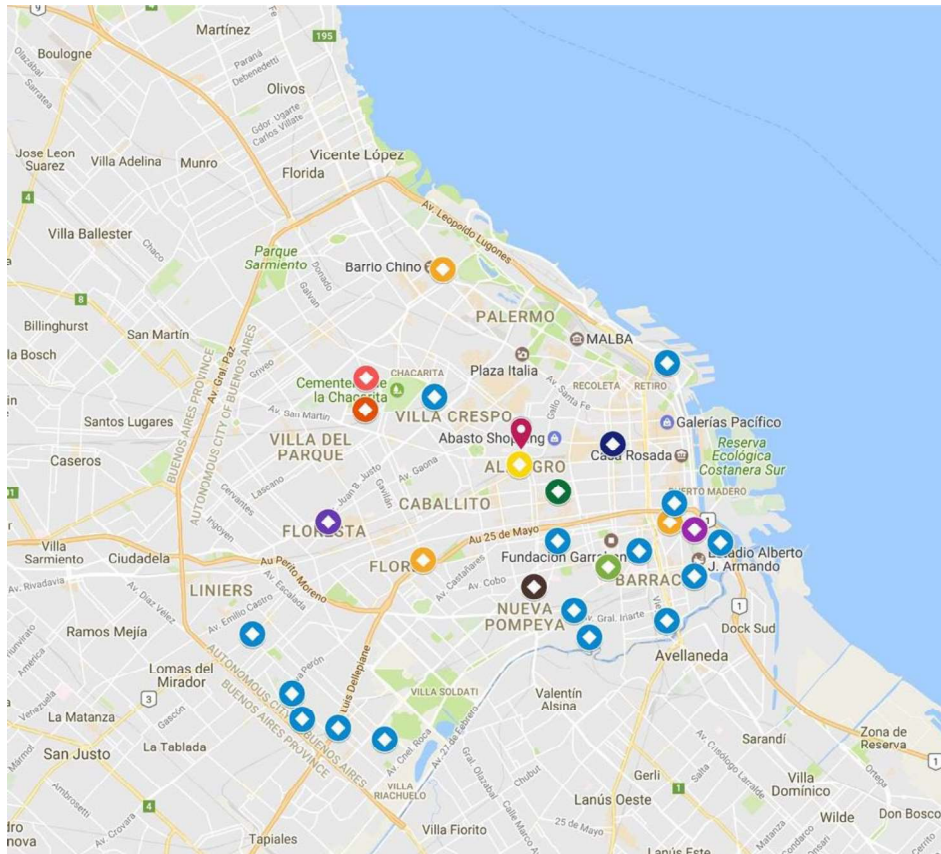
Otras directamente niegan el concepto de competencia porque entienden que ésta es una característica del sector privado. Si otras organizaciones ayudan en la misma problemática o buscan modificar la misma conducta, no son vistas como competidoras, sino como compañeras. Este es el caso del CeSAC N°38. Las residentes de educación para la salud nos explican que para ellos lo importante es que las personas se testeen y conozcan su estado serológico, independientemente de a dónde se acerquen a realizar la prueba.

En el siguiente mapa se pueden observar todos los lugares que ofrecen el test rápido de VIH en la Ciudad de Buenos Aires<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> La información detallada y de contacto para todos los centros de testeo en la Ciudad de Buenos Aires está disponible en el Anexo 2 de este trabajo.

Imagen 5: Centros de testeo de VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires



- |  |            |  |                                      |  |   |
|--|------------|--|--------------------------------------|--|---|
|  | CeSAC N°38 |  | CeSAC N°29                           |  | Hospital Gral. De Agudos C. Argerich    |
|  | CeSAC N°3  |  | CeSAC N°30                           |  | Hospital Gral. De Agudos J. María Penna |
|  | CeSAC N°4  |  | CeSAC N°35                           |  | Rock & Vida                             |
|  | CeSAC N°5  |  | CeSAC N°39                           |  | Fundación Huésped                       |
|  | CeSAC N°7  |  | CeSAC N°41                           |  | Nexxo-ATTA                              |
|  | CeSAC N°9  |  | Helios Salud                         |  | Fundai                                  |
|  | CeSAC N°10 |  | Hospital Gral. De Agudos Ramos Mejía |  | Consejo del Menor y la Familia          |
|  | CeSAC N°15 |  | Hospital Gral. De Agudos E. Tornú    |  |   |
|  | CeSAC N°16 |  |                                      |  |   |
|  | CeSAC N°21 |  |                                      |  |   |
|  | CeSAC N°22 |  |                                      |  |   |

Fuente: elaboración propia en base a información del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

## **8. Marco legal: consideraciones a tener en cuenta**

A continuación, resumiremos algunas características del marco legal que rodea al VIH-sida en nuestro país. En el marco de una campaña de comunicación, se hará foco especialmente en los límites que pone la ley en cuanto a lo que se puede o no decir en relación al VIH-sida y el estado serológico particular de una persona. Por otro lado, también se resaltan los derechos del consultante garantizados por ley, los cuales debe conocer para poder tomar una decisión libre e informada y, por lo tanto, será importante incluirlos en la campaña.

En 1990 se sancionó la Ley Nacional de Sida N°23.798, la cual en su primer artículo declara a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida de interés nacional. También se tendrán en cuenta otras leyes como la Ley de Identidad de Género y la Ley de Derechos del Paciente.

Argentina fue pionera en América Latina en la atención universal de personas con VIH. A partir de la Ley Nacional de Sida, el Estado argentino queda obligado a garantizar el acceso gratuito al tratamiento integral del VIH y el sida<sup>31</sup>, como así también a la asistencia de salud integral que derive de la serología positiva de una persona. Además, las leyes 24.455<sup>32</sup> y 24.754<sup>33</sup> obligan a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga, respectivamente, a garantizar la cobertura de los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por cualquier retrovirus, incluido el VIH. Por último, en relación a la atención médica, la Ley de Derechos del Paciente los profesionales del área de la salud deben brindar atención a todas las personas, sin discriminarlas por raza, sexo, ideología, religión ni condición socioeconómica, es decir, sin realizar distinción alguna, dando siempre un trato digno y respetuoso<sup>34</sup>.

Como mencionamos en el apartado “El examen diagnóstico”, la Ley de Sida garantiza también el acceso gratuito, voluntario y confidencial al diagnóstico.

La prueba de VIH es voluntaria y nadie puede forzar a otra persona a realizarse el test. Si bien es recomendable realizarla, ya que el diagnóstico temprano aumenta las posibilidades de una mejor calidad de vida, esta es una decisión personal de cada individuo. Para esto el médico o trabajador de la salud debe informar a la persona, según lo establece la Ley de Derechos del Paciente, sobre el diagnóstico, los riesgos y beneficios del tratamiento y las alternativas terapéuticas<sup>35</sup>. Para poder realizarse distintas pruebas de salud, el paciente debe dar su consentimiento informado, el cual supone la comprensión de su condición. Según lo establecido en el artículo 6° del Decreto Reglamentario de la Ley de Sida, en el caso del test de VIH, el consentimiento se brinda a través de una autorización escrita previa a la extracción o muestra<sup>36</sup>. La misma se firma en el marco de la entrevista previa, es decir que antes de realizar el estudio la persona debe contar con la información necesaria para tener una conducta saludable y decidir con libertad.

---

<sup>31</sup> Ley N°23.798, Art. 1.

<sup>32</sup> Ley N°24.455, Art. 1, inc. a.

<sup>33</sup> Ley N°24.754, Art. 1.

<sup>34</sup> Ley N°29.529, Art. 1 incs. a y b.

<sup>35</sup> Ley N°26.529, Art. 3.

<sup>36</sup> Decreto N°1244/91, Art. 6.

La Ley de Salud de la Ciudad de Buenos Aires establece el derecho de todas las personas a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad<sup>37</sup>. Para asegurar la confidencialidad el resultado de una prueba debe entregarse siempre en un espacio privado y en forma directa a quién se haya realizado el test. “En nuestro país existe la obligación legal del asesor y del equipo de salud involucrado de no revelar, sin autorización, la información obtenida durante el proceso de asesoramiento y diagnóstico.” (Dirección de Sida y ETS, 2013, pág. 9)

El decreto señala, también, que cualquier persona que tome conocimiento de que otra se encuentra infectada por el virus VIH o está enferma de sida, tiene prohibido revelar dicha información, así como tampoco puede ser obligada a suministrarla<sup>38</sup>. Tan solo en algunos casos excepcionales la información podría ser brindada, siempre contemplando que se trata de lo mejor para la persona con VIH.

La normativa establece que las notificaciones epidemiológicas deben realizarse de modo tal que no se pueda individualizar a las personas que están siendo reportadas en función de resguardarlas de los procesos de discriminación. Hasta el año 2012 se utilizaba un código conformado por una letra según el sexo biológico de nacimiento, dos letras por el primer nombre, dos letras por el primer apellido y la fecha de nacimiento. A partir del año 2013, se modificó el sistema de codificación para adecuarlo a los requerimientos de la Ley de Identidad de Género. Desde entonces se eliminó la primera letra que indica el sexo biológico de nacimiento (F o M). Las letras correspondientes al nombre y al apellido continúan respondiendo a las que aparecen en el documento nacional de identidad. En caso de que esta no coincida con la identidad autopercebida de la persona, se le debe informar sobre su derecho a realizar el cambio del documento, situación que habilitará la posibilidad de ser notificada con su nuevo nombre.

La Ley N°25.543 sancionada en 2001 establece la obligatoriedad de ofrecerle el test diagnóstico de VIH a toda mujer embarazada<sup>39</sup>. Todos los establecimientos destinados a la salud, ya sean públicos o privados, están obligados a cubrirlo. Si bien la legislación no lo fuerza, se recomienda ofrecérselo también a su pareja.

---

<sup>37</sup> Ley N°153/99, Art. 4, inc. c.

<sup>38</sup> Decreto N°1244/91, Art. 2, inc. c.

<sup>39</sup> Ley N°25.543, art.1.



## **9. Campañas existentes de promoción del test de VIH-sida**

Teniendo en cuenta que este trabajo tiene como objetivo elaborar una campaña de bien público, se torna importante conocer otras iniciativas relacionadas dentro del marco de la prevención y diagnóstico del VIH/sida.

En el siguiente capítulo analizaremos 3 campañas de promoción del test de VIH/sida. Dos de ellas fueron llevadas a cabo en la Argentina y una en España. Nos interesará ver principalmente cuál fue el concepto guía de cada una de las estrategias de comunicación.

### **9.1 Elegí saber**

“Elegí saber” es una campaña de promoción del testeo llevada a cabo en Argentina por el Ministerio de Salud de la Nación. La misma comenzó en el año 2013 y todavía continúa vigente. El objetivo principal es aumentar la demanda espontánea del examen para reducir el porcentaje de diagnósticos tardíos.

La campaña cuenta con distintas piezas gráficas, incluyendo una para vía pública, spots de radio y videos promocionales. Además, la campaña cuenta con el apoyo de distintos actores, como programas provinciales, organizaciones de la sociedad civil y centros de salud que organizan actividades locales como maratones, concursos de afiches y jornadas de testeo en espacios públicos.

Según el “Manual para sumarse a la campaña Elegí saber”, el mensaje a difundir es que siempre es mejor conocer el diagnóstico, tanto si da negativo como positivo (Dirección de Sida y ETS, 2013).

Durante toda la acción, se mantiene un tono optimista haciendo énfasis en las ventajas que tiene detectar la infección a tiempo. Si bien la conjugación “elegí” es imperativa, esta se ve suavizada por lo propositivo propio del verbo elegir. Por otro lado, también se rescata lo positivo del “saber” vinculado al conocimiento y la educación.

Salvo en un folleto particular sobre “el resultado positivo”, no hacen menciones a la enfermedad y los tratamientos para evitar infringir miedo. Por el contrario, se intenta reforzar la idea de que el VIH, bien controlado, puede ser una enfermedad crónica con la que se pueda llevar una vida normal.

Por último, en muchas de las piezas se destacan las cualidades del test de ser voluntario, gratuito y confidencial.

### **9.2 Rock&Vida**

Rock&Vida es una organización que nace en 2007 con la misión de mejorar la calidad de vida de los jóvenes, sostenida a través de trabajo voluntario en distintas provincias del país. Realizan numerosas actividades para abarcar las tres áreas básicas de ayuda humanitaria: asistencia, prevención y reinserción social.

Como señalan en su página oficial, tienen el objetivo de “brindar a los jóvenes una propuesta de vida que los sostenga en las situaciones adversas pero también los despierte a la acción; a través de la música y toda clase de expresiones artísticas<sup>40</sup>.”

Entre las acciones que realizan, ocupa un lugar principal la lucha por el VIH, bajo el slogan “VIH CERO”. A diferencia de las otras campañas analizadas, esta campaña tiene entre sus objetivos más inmediatos generar un cambio social. Eliminar la epidemia es el objetivo de máxima y a largo plazo, pero en el camino buscan mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH a través de disminuir el estigma y la discriminación. Como dicen ellos “Cero estigma, cero transmisión, cero discriminación, cero muertes relacionadas con el sida”<sup>41</sup>.

Dentro de este contexto se llevan a cabo distintas actividades, como charlas de concientización en escuelas, universidades, cárceles y hospitales; se realizan folletos y piezas gráficas informativas; se organizan conferencias con especialistas y jornadas de testeo; y, principalmente, se celebran conciertos y festivales musicales bajo el lema Rock&Vida.

Al igual que “Elegí saber” mantiene un tono positivo. En este caso se trata de celebrar la vida, a pesar de las adversidades.

### **9.3 Prueba cerca de ti**

“Prueba cerca de ti” es una campaña llevada a cabo en España por la Coordinación estatal de VIH y sida, CE sida. En ese país se estima que el 48% de los diagnósticos son tardíos, por lo que buscan promover el testeo y que las personas puedan acceder al tratamiento a tiempo.

La campaña cuenta con diversas piezas gráficas y también espera viralizarse por las redes sociales a través del uso del hashtag #PruebaCercaDeTi. Además, se repartieron kits preventivos con preservativos y lubricantes. Esta campaña hace un importante uso de la estética propia de las redes sociales, presentando la información en forma de “chats”, utilizado hashtags y *emojis* y subiendo videos en YouTube.

La campaña invita a hacerse uno mismo la pregunta que muchos evitan “¿Podré estar infectado?” En la mayoría de las piezas gráficas señalan el porcentaje de personas que viven con VIH y no lo saben o mencionan a quienes no se animan a realizarse el test. Para ello también se intenta simplificar la idea que el receptor puede tener respecto del test, se lo presenta como algo sencillo y al alcance. Por último, para suavizar los miedos, en el spot de video se hace hincapié en que uno no está solo durante el proceso, sino que lo acompañan personas amables y cálidas.

---

<sup>40</sup> Rock&Vida. Disponible en [www.rockandvida.com.ar/identidad/](http://www.rockandvida.com.ar/identidad/). Consultado por última vez el 03/02/2017

<sup>41</sup> Rock&Vida. Disponible en [www.rockandvida.com.ar](http://www.rockandvida.com.ar). Consultado por última vez el 03/02/2017

#### 9.4 Material actual con el que cuenta el CeSAC N°38

Actualmente el CeSAC cuenta con material brindado por Dirección de Sida y ETS y por Coordinación Sida. A continuación, analizaremos la forma de comunicar de ambos programas, para ellos nos basaremos en folletos informativos sobre el examen diagnóstico, el de Nación es de la prueba ELISA y el de Ciudad, es del test rápido.

El folleto de Dirección de Sida y ETS está ilustrado con fotos del *target* para captar su atención. Hay fotos de dos personas con rasgos físicos distintos que muestran la diversidad del público al que se dirige. Ambos están vestidos con ropas sencillas que no llaman la atención. Las imágenes del folleto de Ciudad son más pequeñas y están directamente relacionadas con el test. En el frente se muestra una instancia de entrevista pre-test en la que le muestran al consultante las tiras reactivas. En el interior hay una pequeña foto del momento en que se realiza la punción en la yema de un dedo. Los guantes de quien realiza la prueba muestran seriedad, cuidado y respeto. Mientras que el dedo extendido presenta lo simple y poco invasivo del test.

Ambas piezas contienen bastante texto con información sobre cómo es el test y qué hacer frente a los distintos resultados posibles y características de la prueba garantizados por ley: es voluntario y confidencial. Con respecto a la gratuidad, el de Nación lo menciona y, junto con las otras características, las refuerza indicando que están garantizadas por ley. En cambio, el folleto del programa de la ciudad, menciona que el tratamiento es gratuito, pero no lo menciona con respecto al test.

Por último, ambas piezas hacen mención al uso de preservativos como el mejor método de prevención contra el VIH-sida e incluyen un amplio listado de datos de contacto.

# **LA CAMPAÑA: VIH SIN VUELTAS**

## **10. Objetivo**

Dicho de forma simple, el objetivo de la campaña de comunicación es motivar a los vecinos del barrio de Almagro a acercarse al Centro de Salud y Acción Comunitaria N°38 para hacerse el test rápido de VIH-sida. El CeSAC necesita aumentar el porcentaje de consultantes locales, ya que su función está principalmente vinculada a la atención de la comunidad barrial. Resulta necesario exponer algunas consideraciones respecto del contexto con el cual convive este objetivo.

### **10.1 Consideraciones sobre el público**

Para estar físicamente cerca de la población a la que atienden, los centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires se encuentran distribuidos a lo largo de todo el territorio porteño. Como se explica en el primer capítulo, su objetivo es la atención primaria de la salud para los vecinos del barrio en el que se encuentran. Sin embargo, y de acuerdo a su condición de institución pública, atienden a toda persona que se acerque a solicitar un servicio. En concordancia con su ética profesional, los miembros de la residencia de educación para la salud, entienden la importancia de que todos conozcan su estado serológico. Brindan el test a todo público y sin ningún beneficio directo a determinados grupos o personas.

Como sucede en muchos en los CePAD, la atención abierta genera una presencia constante de nuevos pacientes y da lugar a que se acerquen habitantes de diversos segmentos etarios, género y grupos sociales. A eso se suma el hecho de que en la página web del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se encuentran publicados todos los centros que ofrecen el test rápido. Por este motivo los pacientes que se realizan el test rápido de VIH en el CeSAC N°38 no son únicamente vecinos de Almagro, sino que también se acercan de barrios vecinos, del conurbano, del interior y en algunos casos, del extranjero. Karina Angeleri explica que en general los pacientes “llegan por Internet y no del barrio”<sup>42</sup>. La falta de constancia reduce las posibilidades del centro de conocer a su público en profundidad para enfocar sus planes de comunicación.

### **10.2 Consideraciones sobre la estructura de la institución**

En la actualidad, el CeSAC N°38 realiza un promedio de 100 tests rápidos de VIH por mes. A partir de la iniciativa de promover el test en el segmento de vecinos, los miembros del CePAD proyectan un aumento en el número de pacientes mensuales. Sin embargo, reconocen que la estructura con la que cuentan el día de hoy solo les permite incrementar el volumen de tests en un nivel bajo. Las posibilidades de diseñar nuevas estrategias como aumento de personal, ampliación del horario de atención, u otras que permitan ampliar su capacidad mensual de tests son bajas, pero existen.

---

<sup>42</sup> Entrevista realizada por los autores. 13/07/2016

Desde un punto de vista económico, el incremento de la demanda del test no se traduciría en un aumento de ingresos al centro, ya que el mismo se brinda de forma gratuita. A pesar de ello, una mayor demanda podría convertirse en una herramienta del centro para conseguir una mayor partida presupuestaria. El financiamiento, a su vez, significaría el crecimiento de la institución y en consecuencia su capacidad de realizar todavía más pruebas diagnósticas.

Por otro lado, desde el centro, no tienen interés en atraer “consumidores” de otras organizaciones, porque no tienen un concepto de competencia. Lo que les importa es que los vecinos se testeen, en cualquier institución, y conozcan su estado serológico. Por este motivo la estrategia será hacer crecer la demanda en la población que normalmente no acude a hacerse el test.

## **11. Público objetivo o target**

En el marco conceptual de este trabajo mencionamos que existían dos grandes formas de concebir la comunicación, la de Harold Lasswell que consideraba al receptor como un sujeto pasivo y entendía que el emisor podía pronosticar la respuesta de su mensaje a través de un proceso unidireccional; y la que proponen autores como Stuart Hall o Eliseo Verón que ven en el receptor un sujeto activo que interpreta el mensaje. En línea con esta segunda corriente, consideramos importante conocer al público objetivo de nuestra campaña para crear estrategias que lo atraigan y lo interpielen de la forma esperada.

En “199 preguntas sobre marketing y publicidad”, los autores definen la segmentación como “el proceso por medio del cual se divide el mercado en porciones menores de acuerdo con una determinada característica” (Bonta y Farber, 1995, p. 31). Cuanto más definido y acotado es el público objetivo, mejor se pueden maximizar los esfuerzos de marketing y comunicación. Trabajar con un público objetivo definido permite no solo aplicar el marketing mix más adecuado, sino también formular una estrategia publicitaria, un mensaje y un tono mejor dirigidos. Intentar llegarle a muchos sectores muy variados a la vez puede significar que ninguno se vea realmente interpelado por el mensaje, lo que equivaldría a un desperdicio de esfuerzos.

Por estos motivos entendemos que la campaña a desarrollar no puede estar dirigida al total de la población del barrio de Almagro. Debemos segmentar este público en grupos más pequeños y establecer a cuál de ellos nos dirigiremos, por lo menos, en primera instancia.

Para definir al público objetivo de la campaña, utilizamos la información recabada sobre la población de Almagro en relación a los datos serológicos de los boletines oficiales. Además, son fundamentales los aportes de los profesionales del centro de salud para validar la construcción de nuestro *target*.

Sabemos a partir del boletín de Coordinación Sida que varones y mujeres se acercan a realizarse el test voluntariamente casi en iguales proporciones. Decidimos dirigir nuestra campaña al público masculino porque entendemos que conforma un grupo de mayor riesgo, ya que la relación entre hombres y mujeres que viven con VIH es de dos a uno<sup>43</sup>. Por otro lado, como mencionamos en el marco legal, desde la Ley N°25.543 a todas las mujeres embarazadas se les ofrece la realización del test, lo que hace que sean un grupo mejor controlado.

Nos focalizamos especialmente en aquellos que tienen entre 35 y 45 años. Este segmento tiene la particularidad de estar dentro del grupo etario con mayor número de infectados (El Boletín sobre VIH-sida muestra que 59% de las personas infectadas tienen en 25 y 45 años de edad) pero sus índices de testeos son menores en relación al segmento de 25 a 35. Karina Angeleri lo confirma que la franja que más se acerca a testearse es de 20 a 35 años y la de 35 en adelante es una a la que le cuesta más incorporar el tema de la enfermedad y el uso de preservativo<sup>44</sup>. Dentro de este grupo etario, priorizaremos el público sin estudios superiores en donde se concentra la mayor cantidad de infectados. Karina agrega que es un “hombre que no usó preservativo en su juventud. Que se cuidó, pero con métodos desde el mito. Y es al que más le cuesta acercarse a un centro de salud, no solamente por VIH, sino para cuidar su salud<sup>45</sup>.”

---

<sup>43</sup> Dato extraído de Dirección de Sida y ETS (2016, pág. 10).

<sup>44</sup> Entrevista realizada por los autores. 27/01/2017

<sup>45</sup> *Ibíd.*

Esta elección se apoya también en otros dos ejes. Por un lado, tanto “Elegí Saber” como “Rock & Vida”, dos de las campañas a nivel nacional más masivas, apuntan al segmento más joven apelando a figuras de la música y el espectáculo que los identifican. Por otro lado, entendemos que debido a la impronta local de nuestra campaña, es más acertado apuntar a un segmento etario mayor, más asentado e identificado con el barrio.

Dadas las limitaciones de este trabajo no podemos conocer con gran profundidad los aspectos psicográficos de nuestro público objetivo. A partir de algunos datos estadísticos adicionales intentaremos reconstruirlo (en algunos casos utilizaremos datos del barrio y en otro de la comuna, según disponibilidad).

El 61% de los varones de entre 35 y 45 años sin estudios superiores trabaja como obrero o empleado y el 18% trabaja de forma independiente. Con respecto a estos últimos podemos imaginar que se trata de trabajadores de oficio, como plomeros, gasistas o carpinteros. Probablemente se trata de personas de clase media trabajadora que pasan muchas horas fuera de sus casas.

Tan sólo el 35% es propietario de su vivienda, lo que hace que muchos (48%) se vean obligados a alquilar o recurrir a otras opciones como vivir en casas prestadas.

En cuanto a su relación con el sistema de salud, al ser en su mayoría empleados en relación de dependencia, muchos de ellos cuentan con cobertura por obra social o prepaga a través de obra social. Tan solo el 9% tiene una prepaga por pago voluntario y un 22% cuenta únicamente con el sistema público de salud. Sin embargo, aporta Karina desde su experiencia: “es un público que no va al médico, salvo que le duela algo”.

Una amplia mayoría (88%) vivía en este mismo barrio hace 5 años. A partir de este dato podemos reconstruir que se trata de hombres afianzados al mismo. Se sienten identificados con el barrio y si lo que necesitan se encuentra en el barrio les resulta mucho más cómodo y amigable. Como afirma Karina Angeleri, “es una población que está más asentada en el barrio”<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Ibíd.

## **12. Estrategia de comunicación**

En términos de Abraham Maslow (1943) entendemos que la necesidad que cubre el test rápido de VIH-sida es de seguridad, ya que tiene que ver con la salud. Su nivel tan bajo en la pirámide, le otorga una fuerte relevancia, ya que el resultado puede implicar muchos cambios en la vida futura del individuo. Tomar el paso de acercarse al CeSAC N°38 se convierte así en una decisión que Philip Kotler y Alan Andreasen (1995) llamaría de alta implicación. A pesar de ser un servicio gratuito, hay otras cosas que se ponen en juego en el intercambio del lado del consumidor.

Los prejuicios, producto de las representaciones construidas socialmente, generan miedos a los que muchas personas intentan esquivar. La idea fatalista preconcebida alrededor del sida y del VIH, entendidos como sinónimos, los aleja del espectro de problemáticas que nuestro *target* puede manejar cotidianamente. Prefieren pensar que es algo que le sucede a “otros” y no afrontar la pregunta o la duda sobre el estado propio. Al mismo tiempo, la creen incontrolable, insuperable y en ese sentido resulta mejor no saber. Hacerse el test, implica romper con los preconceptos, considerar la posibilidad de que el mismo dé positivo y con ello afrontar las consecuencias de la enfermedad. El estigma y la discriminación necesitan disolverse para dar vuelta la mirada hacia uno mismo.

Al mismo tiempo, entendemos que la gran parte de nuestro *target* nunca se testeó, por lo que los estamos invitando a que tomen esta decisión por primera vez. Esto la convierte también en una decisión de alta complejidad.

Para intentar simplificar el proceso de decisión y promover que el *target* se realice el test, debemos simplificar los costos del intercambio a los ojos del público. Para ello intentaremos construir una mirada más cercana de la enfermedad. A través de la campaña intentaremos cambiar la perspectiva de terminal a crónica, es decir, presentar el VIH como una enfermedad controlable que no altera de gran forma la vida diaria. Creemos que esto nos ayudará a presentar el test rápido en el CeSAC N°38 como una más simple de tomar. Es un trámite sencillo, rápido, sin muchas vueltas y al alcance. El vecino puede pasar de camino a hacer las compras o a la vuelta del trabajo, del mismo modo que pasa por el banco o apagar las facturas de su hogar.

Volviendo sobre la teoría, rescatamos la importancia que los autores le otorgan a las influencias interpersonales en la toma de decisiones (Kotler y Andreasen, 1995). Consideramos que nuestro público objetivo confía en sus vecinos y toma sus consejos. Los comerciantes y trabajadores (como el carnicero, el verdulero o el plomero) son referentes en sus áreas de trabajo. En la campaña de comunicación se buscará construir al CeSAC N°38 como un miembro especializado más del barrio. A través de un tomo amigable, de consejo, buscaremos construir un centro que cumple el rol de un vecino, para replicar la misma afinidad que el *target* tiene hacia otros comercios e instituciones de la zona.

### **12.1 Consideraciones a tomar en cuenta**

Teniendo en cuenta los aportes del boletín “Significados asociados al VIH y al sida en la Argentina” (Dirección de Sida y ETS, 2016) que mencionamos en el apartado “Representaciones sobre la enfermedad”, se evitará utilizar el término “sida. El mismo se encuentra más fuertemente arraigado a la idea de muerte. En



su lugar utilizaremos únicamente las siglas VIH. De esta forma esperamos también presentar ambos conceptos como cosas distintas. Creemos que al utilizarlos en conjunto, se alimenta la idea de que son sinónimos.

El departamento del Ministerio de Salud publicó ese mismo año el documento “Cómo comunicar sobre VIH y sida” que destaca la importancia de romper la asociación directa entre VIH y muerte (Dirección de Sida y ETS, 2016, pág. 18). Como mencionamos más arriba, este será un eje rector de nuestra campaña para apaciguar los medios y poder traer la enfermedad al círculo de preocupaciones cotidianas del *target*. En este documento se mencionan varias cuestiones a tener en cuenta que resultan relevantes, aquí nos interesa rescatar dos particularmente. Por un lado, la premisa de informar para prevenir y no para alarmar (Dirección de Sida y ETS, 2016, pág. 19). En línea con lo anterior, el artículo señala que los mensajes de miedo pueden causar que las personas tomen actitudes negativas hacia quienes tienen VIH o hacia realizarse la prueba. En cambio, la información debe servir para promover el cuidado y la prevención. Esto se mantiene en la música y las imágenes de las piezas audiovisuales.

### **13. Estrategia de medios**

En el documento “Comunicación y Salud desde una perspectiva de derechos. Guía de comunicación para equipos de salud”, se dedica un capítulo a la comunicación en el barrio en el que se encuentra la institución de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, pág. 28). El barrio es un escenario natural y espontáneo de comunicación donde interactúan diversos actores sociales y se enfrentan necesidades, problemas y conflictos en común.

El barrio cuenta con una amplia variedad actores, desde los vecinos e instituciones hasta artistas locales, bandas, teatros callejeros o medios de comunicación locales. Para poder armar una estrategia de comunicación es importante conocer quién son, qué hacen, qué actividades realizan en el barrio y dónde reúnen. El equipo de salud debe saber reconocer estos espacios de intercambio para sumarse con estrategias de comunicación de sensibilización, prevención y promoción de la salud.

Karina Angeleri nos cuenta que el CeSAC N°38 está en contacto con diferentes actores del barrio de Almagro<sup>47</sup>. Dentro de su dinámica de trabajo, realiza encuentros en clubes, colegios y otras instituciones con el fin de promover la salud. Sin embargo, el *target* de “VIH sin vueltas” es más difícil de encontrar en estos circuitos de comunicación. Su desconocimiento y falta de atención al tema demanda tácticas de contacto más espontáneas en los lugares en donde habitualmente circula.

A partir de los aportes de la guía de comunicación, es posible reconocer tres tipos de espacios o lugares donde pueden encontrarse los vecinos (Ministerio de Salud de la Nación, 2015, pág. 29):

- De circulación: espacio por donde la gente transita casi sin detenerse.
- De concentración: espacios donde las personas se juntan para lograr un objetivo, pero no necesariamente se comunican entre sí para hacerlo (la parada de colectivo, la verdulería, el gimnasio).
- De reunión: espacios donde se concentran grupos organizados, conocidos, que necesitan comunicarse para lograr sus objetivos en común (escuelas, centros de actividades, parroquia).

Esta categorización abre las posibilidades para explotar el espacio aledaño al centro de salud con el fin de promover el testeo en el público objetivo. Con una estrategia basada en el concepto de cercanía, apelar a referencias conocidas por el *target* es primordial.

Mientras que los espacios de reunión son abordados regularmente por iniciativas del centro, los espacios de concentración resultan ideales para la campaña. Espacios como los comercios del barrio funcionan como referencias geográficas y se conectan con la identidad del barrio. Además, comunicar en espacios fijos de concentración cotidiana puede maximizar el impacto de la campaña, a la vez que comerciantes y vecinos se transforman en amplificadores de la misma.

También se hará uso de medios de comunicación locales, como revistas y radios. Los mismo funcionan como referentes de confianza para quienes lo consumen. Al igual que los comerciantes locales, su pertenencia al barrio genera un vínculo más fuerte con su público por tener “ese algo compartido”.

---

<sup>47</sup> Entrevista realizada por los autores. 12/11/2015

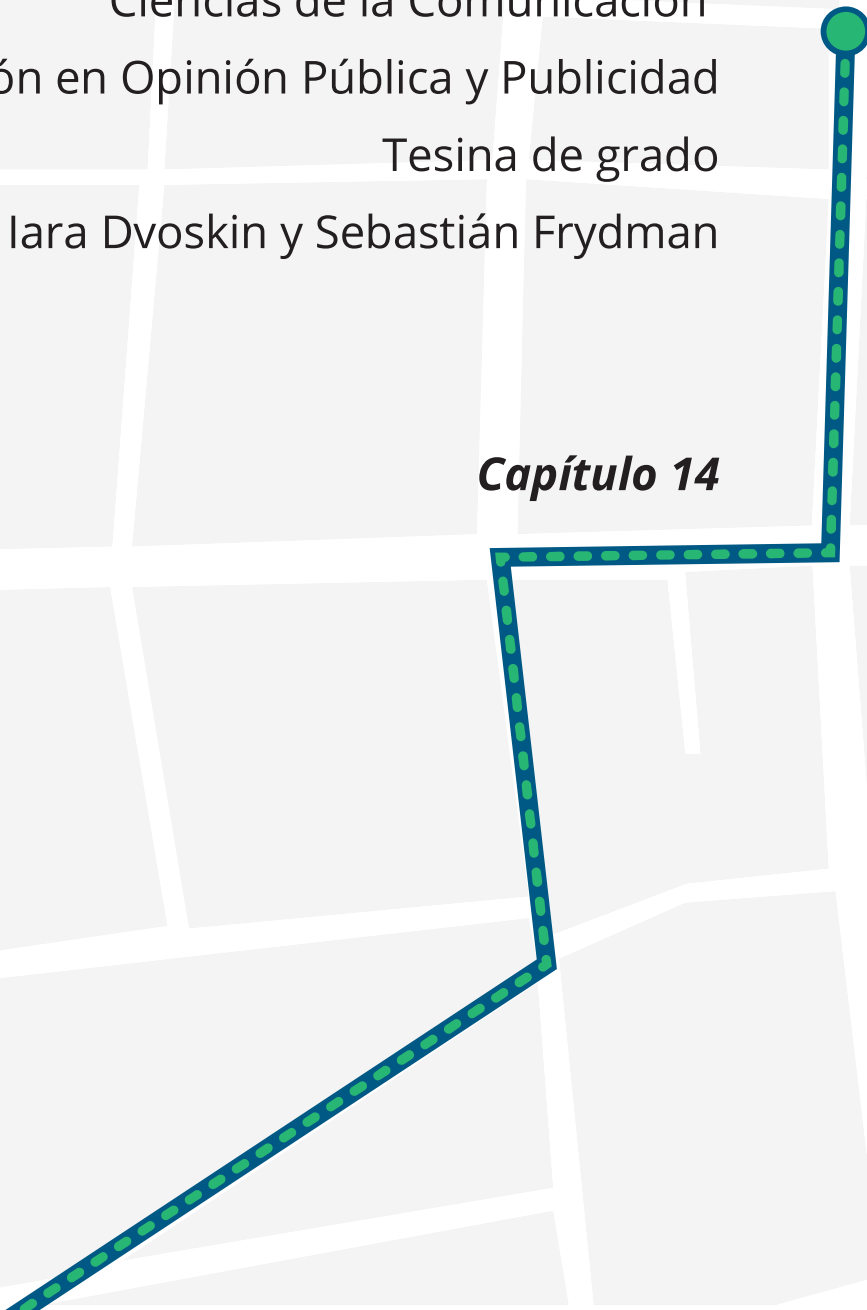


# ***VIH SIN VUELTAS***



***Campaña de bien público***  
Ciencias de la Comunicación  
Orientación en Opinión Pública y Publicidad  
Tesina de grado  
Iara Dvoskin y Sebastián Frydman

***Capítulo 14***



# BRIEF CREATIVO

## **Problema / Oportunidad:**

Los miembros de nuestro target entienden VIH como sinónimo de sida, y en consecuencia como una enfermedad terminal. El temor que les genera hace que prefieran tomar distancia y no cuestionarse sobre su estado serológico. Esta visión de “gran enfermedad” a su vez la aleja de las problemáticas cotidianas. El examen diagnóstico, de igual forma, parece ser un gran trámite, muy serio y que lleva mucho tiempo.

A partir del test rápido y la cercanía geográfica con el target, se presenta la oportunidad de modificar esa idea y posicionar el testeo como un trámite accesible, sencillo y rápido. Nos apoyaremos en la concepción moderna de que la enfermedad es crónica y no terminal.

## **Objetivo:**

El objetivo de la campaña de comunicación es motivar a los vecinos del barrio de Almagro a acercarse al CeSAC N°38 para hacerse el test rápido de VIH-sida.

## **Respuesta clave: buscamos un cambio de actitud**

La respuesta esperada por parte del público objetivo es de redescubrimiento. Se buscará generar que vuelva a hacerse la pregunta sobre el VIH-sida, pero con una perspectiva renovada, no fundada en el distanciamiento, el rechazo y el temor, sino en la salud y la vitalidad.

## **Cómo nos comunicamos:**

La campaña tendrá un tono inspirado en la comunicación cotidiana entre vecinos: el consejo, la recomendación, la experiencia compartida. Sin perder la seriedad, se abordará la comunicación con palabras del día a día, y que inspiren confianza. Esta se construirá a partir de un locutor preocupado por el bienestar colectivo y no desde la voz de la ciencia o la medicina.

## **Ventaja diferencial:**

La ventaja que diferencia al Centro de Salud N°38 de otras organizaciones que ofrecen el test es su cercanía geográfica al público objetivo.

## **Posicionamiento:**

El test rápido de VIH es la mejor forma de conocer tu relación con el virus.

## **Concepto / Estrategia:**

### *La cercanía*

Nuestro público objetivo le otorga valor a los comercios del barrio por ser cercanos y conocidos, y por su sentimiento de pertenencia al mismo.

La estrategia es potenciar esta cercanía del barrio transformándola en todo un “entorno de cercanía” que rodea al test rápido del CeSAC N°38. No solo por su sencillez, velocidad, y accesibilidad, sino también por la forma de acercar la enfermedad desde un enfoque diferente.

El test no solo está cerca geográficamente, sino que tiene una cercanía relacional. El CeSAC es un actor más del barrio, un vecino más.

El test rápido se basa en la premisa del VIH como problemática cercana, cotidiana. No se expresa en un discurso fatalista, inabordable o inaccesible. Es un problema habitual, una enfermedad crónica, cuyo control está al alcance.

## **Mix de medios:**

- Comercios locales
- Radios: La Tirbu, Mate Almagro, Gascón, El Emergente de Almagro
- Revista El Abasto
- Vía pública
- Acción BTL

### Perfil sociodemográfico:

Sexo: Varones  
Edad: entre 35 y 45 años  
Nivel educativo: primario o secundario  
Nivel socioeconómico: clase media trabajadora  
Habitantes del barrio de Almagro

### Perfil psicográfico:

Son personas trabajadoras muy afianzadas al barrio. Hacen la mayoría de sus trámites y compras en el barrio porque les resulta más cómodo y se sienten más a gusto. Les simpatizan más los negocios pequeños donde los atiende el dueño y van siempre a los mismos. Rara vez compran en grandes supermercados porque les quedan lejos y porque no hacen grandes compras, sino más bien lo que necesitan para el día o la semana. También disfrutan de los espacios de ocio del barrio, son habitués de ciertos restaurantes o bares, juegan en canchas de fútbol o van al gimnasio de la zona.

En cuanto a su relación con los medios son hombres que, si bien utilizan en gran medida computadoras, todavía consumen los medios tradicionales. No suelen comprar el diario, pero si lo tiene a mano, por ejemplo, en un bar, les gusta leerlo y miran los noticieros televisivos. Les interesan sobre todo las secciones de actualidad y deportivas. Utilizan redes sociales, especialmente Facebook, como un espacio de distracción, pero no para informarse.

A pesar de que la mayoría cuenta con cobertura de obra social, nuestro target se trata de hombres que no van mucho al médico porque no lo creen necesario y les fastidia tener que esperar. Por este mismo motivo tampoco se hacen controles habituales. Acuden al sistema de salud únicamente cuando lo creen estrictamente necesario por alguna dolencia o enfermedad.

El VIH no es un tema frecuente en sus vidas, en sus preocupaciones o pensamientos, sin embargo, alguna vez tuvieron la duda o se hicieron la pregunta de si podrían estar infectados. A pesar de esto, nunca se acercaron a realizarse el test porque no creen que realmente pudieran ser portadores. Al momento de tener relaciones sexuales normalmente se cuidan, pero no siempre lo hacen de forma adecuada porque no creen que sea necesario ser muy estrictos para estar seguros.

### Lema de vida:

La prioridad es el hoy

### Qué representa para ellos el test de VIH-sida:

El test es visto como una instancia que puede cambiarte la vida de un momento al otro, el resultado es de vida o muerte. A su vez, el VIH es un problema ajeno, que no los compete ni interpela en su vida diaria. El virus es un problema de otros, de los "grupos de riesgo".



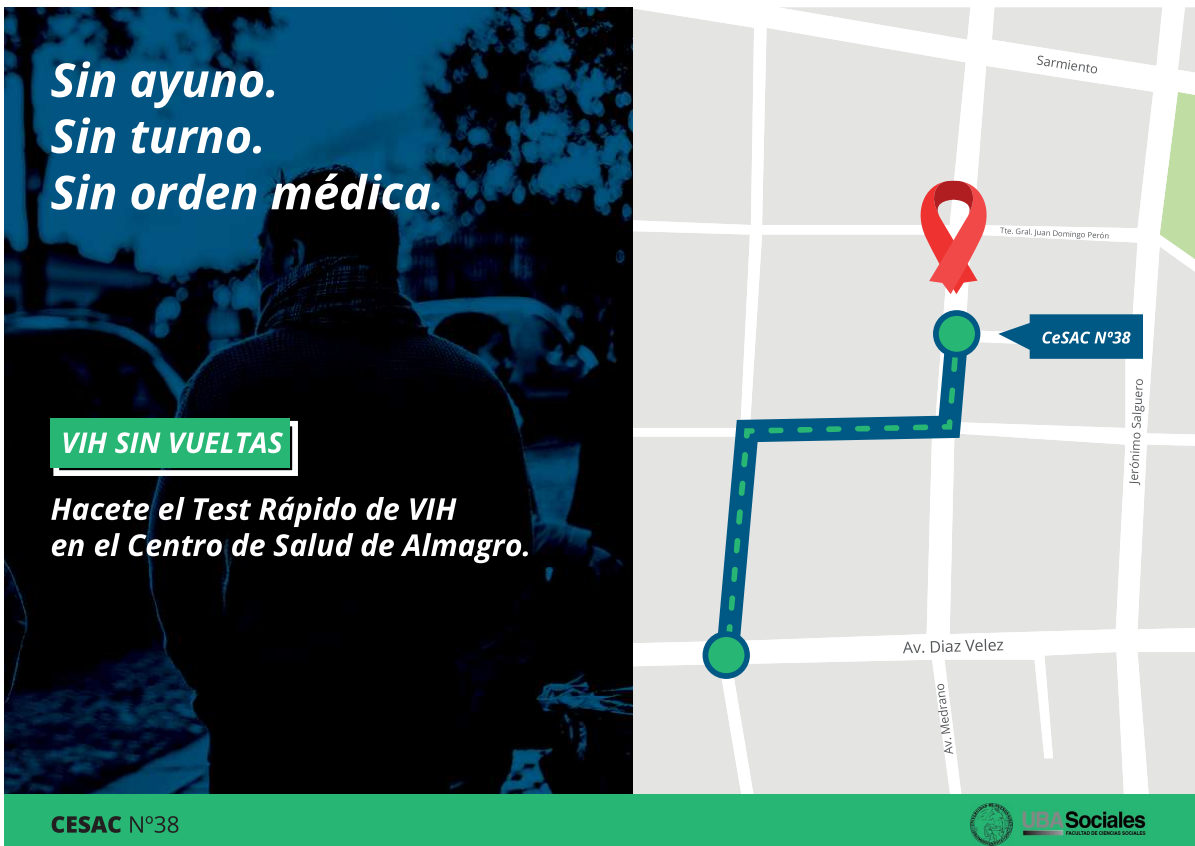
# CONCEPT BOARD



# PROPUESTA GRÁFICA

VÍA PÚBLICA

Afiches en vía pública en puntos de alta concentración del barrio. Los mapas serán representativos de cada locación.







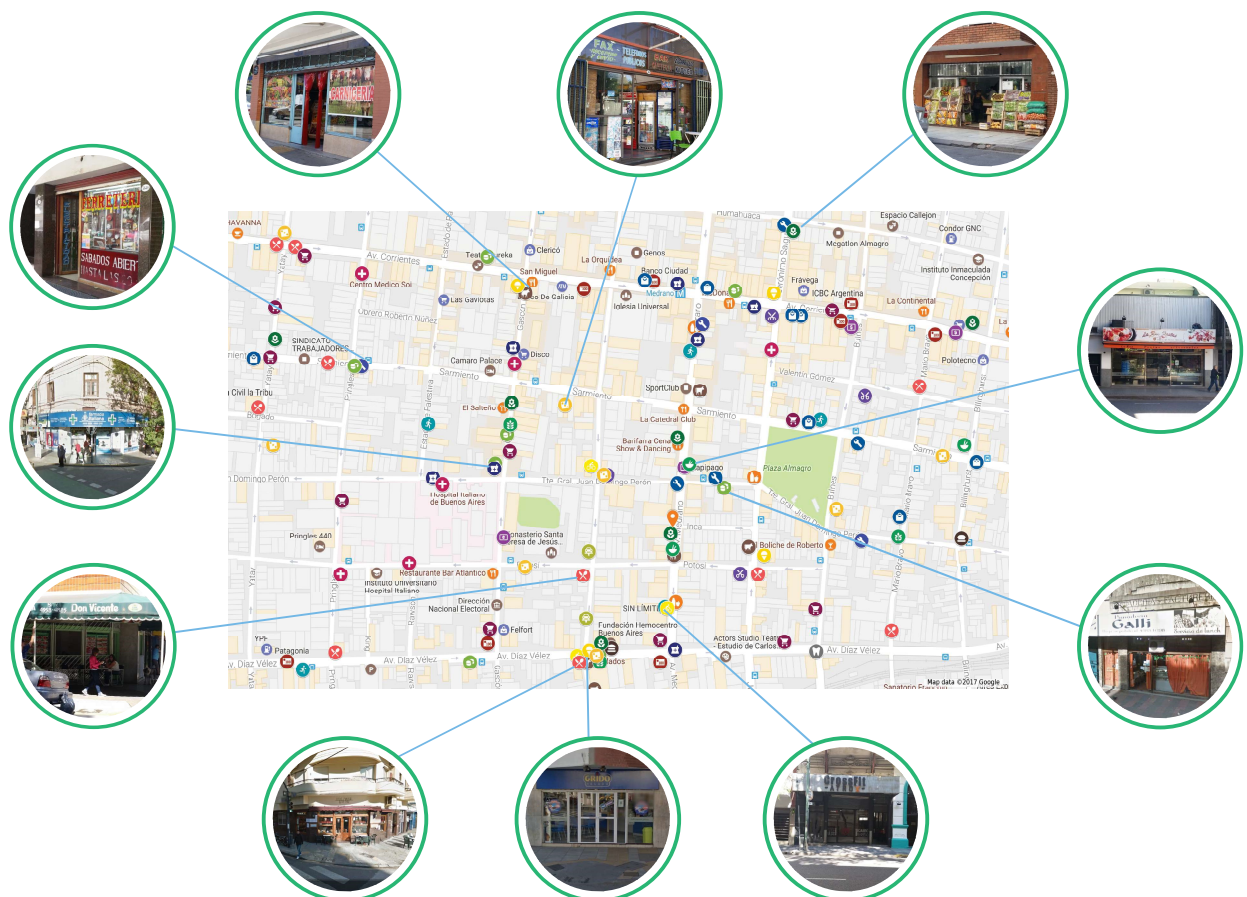
En las paradas de colectivos cercanas al centro de salud, el público objetivo podrá encontrar afiches de la campaña. Tanto la foto como el mapa serán representativos de cada parada específica.



En locales comerciales del barrio, elegidos por su frecuente presencia del público objetivo y distribuidos alrededor del CeSAC N°38, el target encontrará afiches de la campaña que incluyen mapas de referencia.

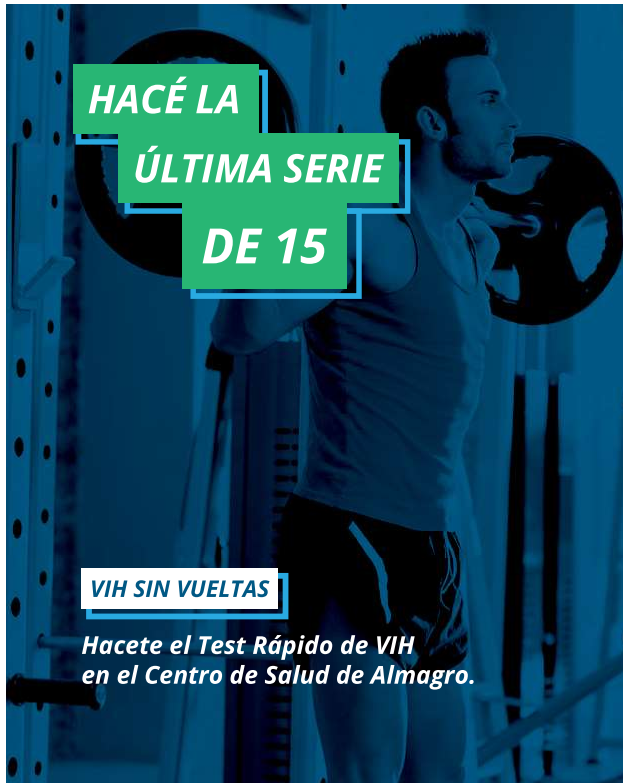
Las piezas son personalizadas para cada comercio, tanto desde la creatividad como el contenido para generar un mayor impacto en el momento de encontrarse con el mensaje.

A continuación se presentan un mapa propositivo de locales comerciales y dos ejemplos de referencia.

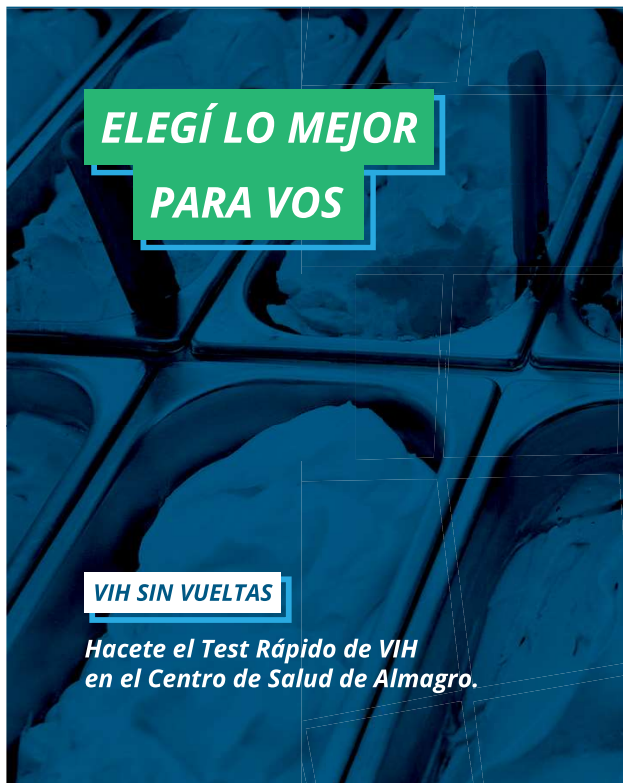


# PROPUESTA GRÁFICA

## LOCALES COMERCIALES



CESAC N°38



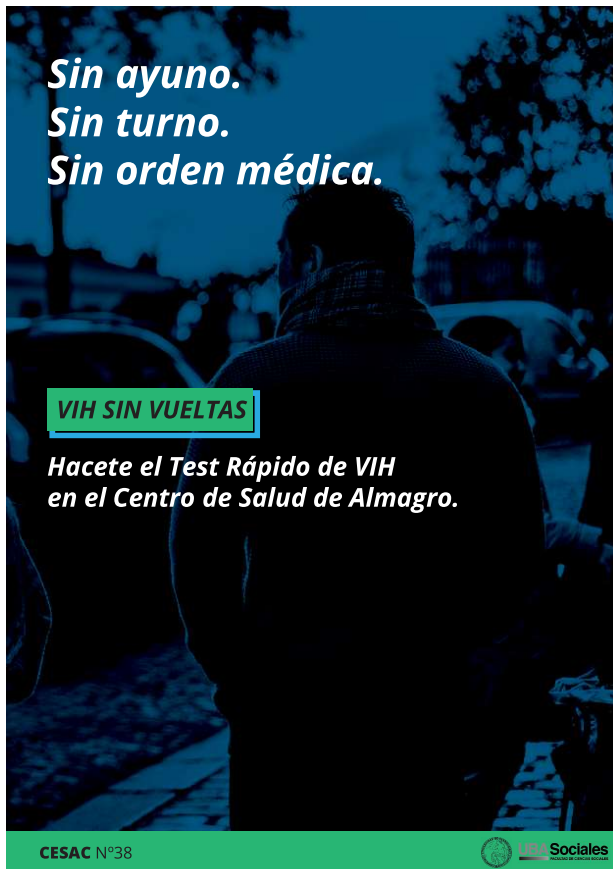
CESAC N°38



# PROPUESTA GRÁFICA

## REVISTA

En diferentes revistas barriales el target podrá encontrar una publicación en doble faz, incluyendo el impacto visual de la campaña con una síntesis del contenido más relevante.



**¿YA TE HICISTE  
LA PREGUNTA?**

**Tenés la respuesta en el barrio.**

*Existen tratamientos que permiten que el VIH sea una infección crónica con la cual vivir una vida plena, de la misma forma que lo hacés hoy.*

*Hacerte el Test Rápido es la mejor forma de conocer tu situación frente al virus.*

***Es confidencial, voluntario, gratuito ¡y cerca!***

**Medrano 350**  
Lunes y Jueves 9 a 11:30  
Martes 8:30 a 10:30 y 15:30 a 17hs

CESAC N°38

UBA Sociales

*Sin ayuno.  
Sin turno.  
Sin orden médica.*

**VIH SIN VUELTAS**

*Hacete el Test Rápido de VIH  
en el Centro de Salud de Almagro.*

**¿YA TE HICISTE**

**LA PREGUNTA?**



CeSAC N°38

## Tenés la respuesta en el barrio.

*Existen tratamientos que permiten que el VIH sea una infección crónica con la cual vivir una vida plena, de la misma forma que lo hacés hoy.*

*Hacerte el Test Rápido es la mejor forma de conocer tu situación frente al virus.*

***Es confidencial, voluntario, gratuito ¡y cerca!***

**Medrano 350**

Lunes y Jueves 9 a 11:30

Martes 8:30 a 10:30 y 15:30 a 17hs

El díptico informativo es una pieza transversal a toda la campaña. Permite desarrollar un contenido más amplio y detallado para el público objetivo.

El mismo estará disponible en los locales comerciales adheridos a la campaña y en el centro de salud.

### ¿YA TE HICISTE LA PREGUNTA?

#### Tenés la respuesta en el barrio.

*Existen tratamientos que permiten que el virus sea una infección crónica con la cual vivir una vida plena, de la misma forma que lo hacés hoy.*

*Hacerte el Test Rápido es la mejor forma de conocer tu situación frente al VIH/sida.*

Es confidencial,  
voluntario,  
gratuito  
y cerca tuyo!



### ¿CÓMO SE HACE EL TEST RÁPIDO?

#### Es muy sencillo.

*Uno de estos días, acercate a Medrano 350.*

*Con unas gotas de sangre de la yema de un dedo, te hacemos la prueba rápida y el resultado estará disponible en quince minutos.*

*Es un trámite fácil y lo hacés todo ahí mismo.*

**Si te da negativo**  
te sacás la duda y seguís cuidandote.

**Si te da positivo**  
podés recibir información de un profesional de salud y ver que opciones de tratamiento existen.

### LO IMPORTANTE ESTÁ CERCA

**VIH SIN VUELTAS**

Hacete el Test Rápido de VIH en el Centro de Salud de Almagro

Sin ayuno. Sin turno. Sin orden médica.  
Obtenés el resultado en 15 minutos.

CESAC N°38 UBA Sociales

### Centro de Salud y Acción Comunitaria N°38 Medrano 350, Almagro.

Lunes y Jueves  
9 a 11:30  
Martes  
8:30 a 10:30 y 15:30 a 17hs

CESAC N°38 UBA Sociales

A través de emisoras barriales amplificamos el mensaje expuesto en vía pública transmitiendo un spot de radio: Radios La Tirbu, Radio Mate Amargo y Radio Gascón.

## Dramatización

**Primera voz (carnicero):** masculina fuerte y grave de unos 50 años promedio.

**Segunda voz (entrenador):** masculina y motivadora de unos 30 años promedio.

**Tercera voz (vendedora):** femenina y agradable de unos 50 años promedio.

**Locutor:** voz masculina y amistosa de unos 40 años promedio.

---

*(Se oye de fondo el ruido de un comercio. ref: carnicería)*

Primera voz: Para que te salga bien tierno, cocinalo del lado del hueso

*(Se oye de fondo el ruido de un gimnasio)*

Segunda voz: Cuando termines, no te olvides de elongar.

*(Se oye de fondo el ruido de un comercio. ref: fábrica de pastas)*

Tercera voz: Dejá que hierva el agua, los dejás 3 minutos y te van a salir súper aldentes.

*(Comienza música de fondo suave y alegre)*

Locutor:

Para los vecinos de Almagro lo bueno siempre está cerca.

Hacete el test rápido de VIH en el centro de salud de nuestro barrio, en Medrano 350, y obtené el resultado en 15 minutos.

Sin ayuno, sin turno, sin orden médica. VIH sin vueltas.



Luego de la primer semana de comunicación en vía pública, se ubicarán diferentes puntos de referencia en las esquinas cercanas al CeSAC N°38. Los mismos indicarán la distancia al centro y la dirección en la cuál dirigirse.

En simultáneo, comercios cercanos entregarán “medallas”, con una invitación a realizarse el test rápido en el centro de salud, incluyendo un mapa de ubicación e información relevante.



## **15. Conclusiones**

Nuestra primer pregunta guía para encarar este proyecto era sobre las características que debe tener una campaña de bien público para ser exitosa. A partir de este trabajo, entendemos que una campaña de bien público exitosa es aquella que logra centrarse en su público objetivo y consigue comprender el intercambio que se realizará desde el punto de vista de este *target*: cuáles serán los beneficios y los costos que se pondrán en juego, teniendo en cuenta que muy probablemente no serán solo de índole económica. Es decir, una campaña de bien público exitosa debe contemplar el proceso de decisión que los sujetos llevarán a cabo y sus niveles de implicación y complejidad.

Después de la experiencia de esta investigación, podemos concluir que, si bien desde los espacios gubernamentales se está trabajando en mejorar la comunicación para dar a conocer los CeSAC y los servicios que brindan, todavía queda mucho por recorrer. El objetivo de los centros de salud y acción comunitaria es el de alcanzar a un público acotado de gran proximidad geográfica. Esto genera que, por un lado, las estrategias de comunicación masivas no generen la tracción esperada y, por otro lado, las piezas de distribución local que llegan producidas por los Ministerios de Salud de la Nación o de la Ciudad, como por ejemplo folletos, no sean diseñadas para un *target* local, sino que también forman parte de planes masivos y tampoco logran atraer a nuevos consultantes. Esta masividad no permite alcanzar correctamente a los distintos públicos objetivo, principalmente por no poder comprender los procesos de reflexión y decisión particulares de cada grupo social.

Entendemos que existen espacios en los cuales la comunicación para la prevención del VIH puede ser aún más efectiva. Para la población que se siente más alejada o ajena a la enfermedad, estrategias más prácticas y con objetivos más concretos y específicos pueden ser de gran utilidad para complementar las comunicaciones masivas de los sistemas de salud.

También nos preguntamos acerca de los recursos comunicacionales de los que dispone el CeSAC N°38 actualmente. El mismo cuenta con los materiales de comunicación que envían la Dirección de Sida y ETS y Coordinación Sida. Por lo general, se trata de folletos informativos sobre prevención y diagnósticos y algunos carteles más grandes para poner dentro del centro o utilizar en casos de acciones especiales. Además de esto tienen la libertad de crear su propio material, para lo que cuentan con un presupuesto muy bajo. Entre las piezas que realizan se encuentran folletos fotocopiados en blanco y negro y carteles hechos a mano en cartulina. Acciones de comunicación como estas no logran llegar a un público que se siente ajeno o fuera de riesgo y continúan concentradas en un público joven, dejando de lado a sectores mayores que están menos acostumbrados a prácticas de prevención.

La folletería institucional y los mensajes despersonalizados no logran generar empatía con la comunidad, ni posicionar al CeSAC como una pieza del barrio asimilable a otros comercios locales. Esta falta de identificación entre el centro y los vecinos atenta contra la efectividad de las campañas que el propio CeSAC viene realizando. Precisamente, otra de las preguntas planteadas al comienzo de esta tesina estaba relacionada con cuáles serían los medios de comunicación ideales para una campaña efectiva que logre generar un impacto en el público objetivo. Es apoyándose en los comercios “tradicionales” del barrio que el centro puede encontrar el contacto con su *target*. Los negocios locales como medio o canal de la comunicación,

pueden posicionar al CeSAC como un vecino más que se preocupa por el bienestar colectivo. Complementar esto con piezas en revistas o radios barriales puede ayudar a fortalecer la idea de pertenencia e identificación entre la institución y los habitantes de Almagro.

Otra de las preguntas planteadas apuntaba a definir los motivos que movilizan a las personas a realizarse el test y cómo podía modificarse esa conducta desde la comunicación. A partir de las entrevistas con las residentes de educación para la salud que trabajan en el centro podemos concluir que el principal motor de las consultas es el miedo, un miedo producto de una situación de riesgo explícita que genera la duda sobre el estado serológico personal. A través de la comunicación se puede proponer un control de VIH tan habitual como el de diabetes, hipertensión u otras enfermedades. Al igual que en estos otros casos, con el tratamiento indicado el VIH puede dejar de acarrear riesgo de vida y convertirse en una enfermedad crónica, permitiéndole al portador llevar una vida plena. Para esto resulta fundamental el diagnóstico temprano.

En relación con nuestra pregunta central “¿cuál es la mejor estrategia para promover, entre los vecinos del barrio de Almagro, el testeo rápido de VIH en el Centro de Salud N°38?” entendemos que la mejor opción es la simplificación. Es importante alejar la enfermedad de terrenos que generen miedo, angustia y, en consecuencia, distanciamiento. Presentar la enfermedad como abarcable y tratable y al test como un “trámite” sencillo, permite incorporarlos a las preocupaciones y cuidados habituales.

Campañas como “VIH SIN VUELTAS” permiten mostrar el virus con una mirada más cercana y más fácil de aprehender. Incluir el VIH dentro del campo de acción diario de la población puede ayudar a disminuir las prácticas de riesgos y, en consecuencia, las transmisiones, así como a aumentar los diagnósticos a tiempo.

Aunque excede los alcances de la presente tesina, entendemos que puede ser de gran aporte replicar iniciativas similares en otros barrios con problemáticas afines, tanto desde la perspectiva del virus como en relación a cualquier otra problemática que pueda ser más efectivamente abordada desde espacios de proximidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.
- Adaszko, D. y Musante, B. (2011). La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende. En A. Salvia, *Barómetro de la deuda social argentina* (págs. 135 - 176). Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Alemán, M., Vernaz, D., Masur, V., Rossi Sammartino, B., Marconi, A., Pannia, K. y Antman, J. (2010). Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(5), 22 - 27.
- Arciniegas Quiroga, W. y Aguirre Castañeda, C. (2003). Sida y sus complicaciones. *Revista Médica de Risaralda*, 9(2), 5 - 12.
- Armstrong, G., Kotler, P., Saunders, J. y Wong, V. (2002). Capítulo 1: ¿Qué es marketing? En G. Armstrong, P. Kotler, J. Saunders y V. Wong, *Principles of marketing*. Essex: Prentice Hall.
- Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires. (2014). *Efectores de programa de atención primaria en la zona norte y centro de la CABA*. Buenos Aires: Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires.
- Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires. (2014). *Observación N°8 al Decreto N°281/GCABA-11*. Buenos Aires: Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ballesteros, M. (2016). Impacto de las transformaciones en el mercado de trabajo y en la seguridad social sobre la cobertura de salud de la población residente en zonas urbanas de Argentina entre 2003 y 2010. *Trabajo y Sociedad*(26), 63 - 81.
- Belló, M. y Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), 96 - 109.
- Belmartino, S. (2005a). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Belmartino, S. (2005b). *La atención médica en Argentina. historia, crisis y nuevo diseño institucional*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Beltrán, L. R. (1995). Salud pública y comunicación social. *Chasqui*(51), 33 - 37.
- Bianco, M., Re, M. I., Pagani, L. y Barone, E. (1998). *Derechos humanos y acceso a tratamiento para VIH/Sida*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en SIDA.
- Bonta, P. y Farber, M. (1995). *199 preguntas sobre marketing y publicidad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Carrillo Maravilla, E. y Villegas Jiménez, A. (2004). El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 130 - 133.

- Cendali, F. (2009). Políticas de salud pública en tres peronismos. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Cendali, F. (2013). Salud colectiva en Latinoamérica: transformaciones de las políticas de salud en Argentina. *X Jornadas de Sociología*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (1998). *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*. Buenos Aires: Fundación Centro de Estudios para el Cambio Estructural.
- Chapela Mendoza, M. D. y Jarillo Soto, E. (2001). Promoción de la salud, siete tesis del debate. *Cuadernos médico sociales*(79), 59 - 69.
- Coe, G. (1998). Comunicación y promoción de la salud. *Chasqui*(63), 26 - 29.
- Coordinación Sida. (2005). *Centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CePAD): herramientas para su desarrollo*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Coordinación Sida. (2016). *Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Cuberli, M. (2007). Acerca de la promoción de la salud y una perspectiva comunicacional como proceso social en el campo de la salud. *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Cuberli, M. (2008). Comunicación política, interpersonal y mediática: aportes para pensar la relación comunicación, salud y VIH-sida. *Anagramas*, 7(13), 77 - 89.
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question*, 1(18).
- de Andrade, C. W. y Pedrosa, J. S. (1998). Comunicación, salud y poder. *Chasqui*(63), 48 - 51.
- Departamento de Epidemiología. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2008). *Regiones sanitarias de la Ciudad de Buenos Aires. Herramientas para la actualización de la vigencia y el análisis de situación de salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.
- Dirección de Sida y ETS. (2013). *Algoritmos diagnósticos para VIH*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud.
- Dirección de Sida y ETS. (2013). *Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Sida y ETS. (2013). *Manual para sumarse a la campaña "Elegí saber"*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Sida y ETS. (2013). *Plan estratégico nacional de VIH-sida, ITS y hepatitis virales 2013 - 2017*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Sida y ETS. (2013). *Recomendaciones para la implementación de tests rápidos en el diagnóstico de VIH*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Dirección de Sida y ETS. (2014). *30 años de la epidemia de VIH/sida en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación y Organización Panamericana de la Salud.
- Dirección de Sida y ETS. (2014). *Guía de procedimiento para la implementación de las ASP-FESP2*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación y Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública.
- Dirección de Sida y ETS. (2016). *Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina N°33*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Sida y ETS. (2016). *Cómo comunicar sobre VIH y sida. Guía de recomendaciones y fuentes de consulta*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Dirección de Sida y ETS. (2016). *Significados asociados al VIH y al sida en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Epstein, I. (1998). Comunicación y salud pública. *Chasqui*(63), 40 - 43.
- Feliu García, E. (2004). La publicidad social. En J. Benavides Delgado, E. Fernández Blanco y D. Alameda García, *Información, producción y creatividad en la comunicación* (págs. 659 - 672). Madrid: Edipo.
- Fidalgo, M. (2014). Las prácticas de los trabajadores formales como protagonistas del seguro de salud. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 4(7), 141 - 148.
- Galán Ladero, M., Galera Casquet, C. y Valero Amaro, V. (2005). El marketing con causa como estrategia publicitaria. *IV SOPCOM*. Aveiro: Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação.
- Hall, S. (2003). Encoding / decoding. En S. Hall, *Culture, media, language: working papers in cultural studies, 1972-79*. Londres: Routledge.
- Katz, E. y Lazarsfeld, P. (1955). *Personal influence: the part played by people in the flow of mass communications*. Nueva York: The Free Press.
- Kornblit, A. L. y Petracci, M. (2016). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de protegerse del VIH/sida. *ZER - Revista de Estudios de Comunicación*, 5(8).
- Kotler, P. y Andreasen, A. (1995). *Strategic marketing for non-profit organizations* (Fifth edition ed.). Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Kotler, P. y Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing*, 35, 3 - 12.
- La Nación. (25 de 7 de 2016). Cómo se realiza un test rápido de VIH. Buenos Aires.
- La Nación. (25 de 7 de 2016). VIH-sida: lanzan test gratuitos y con resultados en 20 minutos. Buenos Aires.
- Lamotte Castillo, J. A. (2004). Infección - enfermedad por VIH/sida. *Medisan*, 8(4), 49 - 63.
- Lasswell, H. (1927). The theory of political propaganda. *The American Political Science Review*, 21(3), 627 - 631.
- Lasswell, H. (1948). *The structure and function of communication in society*. Nueva York: The Institute for Religious and Social Studies.

- Lee, N. y Kotler, P. (2008). *Social marketing: influencing behaviors for good*. Thousand Oaks: SAGE.
- Lemus, J., Lucioni, M. C., Aragües y Oroz, V., Bernacchini, B., Ramos, G., Buiatti, J. B. y Haase, G. (2007). *Las comunas y su impacto en la regionalización sanitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Buenos Aires: Hospital Juan A. Fernández.
- Llanes de Torres, R., Aragón Peña, A., Sillero Quintana, M. y Ríos, M. (2000). ¿Ir al centro de salud o bajar a la farmacia? Las oficinas de farmacia como recurso de atención primaria. *Atención Primaria*, 26(1), 11 - 15.
- López, S. (2006). *El sistema de salud argentino*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Maceira, D. (2007). Propuesta de evaluación de estrategias de atención primaria de la salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires. En D. Maceira, *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.
- Maceira, D. (2009). *Inequidad en el acceso a la salud en Argentina*. Buenos Aires: Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento.
- Mangiameli, F. (2006). *Evolución histórica del sistema de salud en Argentina*. Rosario: Universidad Nacional de Rosario.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370 - 396.
- McCarthy, E. J. (1978). *Basic marketing: a managerial approach*. Homewood: RS Irwin.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Guía de comunicación para equipos de salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Moreno Paternostro, M. (2013). *El posicionamiento de una marca a través de campañas de bien público*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Muntaabski, G., Chera, S., Daverio, D. y Duré, I. (2001). El plan de atención primaria de la salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Buenos Aires: CLAD.
- Muntaabski, G., Chera, S., Daverio, D. y Duré, I. (2001). *Plan de atención primaria de la salud. Un cambio en el primer nivel de atención de la salud en CABA*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *VIH/sida*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/)
- Petracci, M., Quevedo, L. y Vacchieri, A. (2016). Los modelos político-comunicativos del sida y el cólera en la Argentina. 1991 - 1993. *ZER - Revista de Estudios de Comunicación*, 3(4).
- Sánchez Fernández, J. (2005). VIH-sida (primera parte). Infección primaria por el VIH: conceptos actuales. *Diagnóstico*, 44(4).

- Sánchez Fernández, J. (2005). Infección primaria por el VIH: conceptos actuales. *Diagnóstico*, 44(4), 162 - 67.
- Stolkiner, A., Comes, Y. y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la atención primaria de la salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807 - 2816.
- Stolkiner, A., Comes, Y., Parenti, M., Solitario, R. y Unamuno, M. P. (2003). *Descentralización y equidad en salud: estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Tella, M. (2005). Los "dones" del marketing social. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*(39).
- Tobar, F., Montiel, L., Falbo, R., y Drake, I. (2006). *La red pública de atención primaria de la salud en Argentina*. Buenos Aires. Obtenido de [www.federicotobar.com.ar](http://www.federicotobar.com.ar)
- Verón, E. (1987). El sentido como producción discursiva. En E. Verón, *La semiosis social* (págs. 124 - 133). Barcelona: Gedisa.
- Waisbord, S. (2001). *Family tree of theories, methodologies and strategies in development communication*. Nueva York: The Rockefeller Foundation.





## **ANEXOS**

### **ANEXO 1: El sistema de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires**

<b>Comuna</b>	<b>Región Sanitaria</b>	<b>Área Programática de Salud Hospital General de Agudos</b>	<b>Barrios</b>
1	1	Cosme Argerich	Retiro, San Nicolás, Puerto Madero, San Telmo, Montserrat y Constitución
2	4	Fernández	Recoleta
3	1	José María Ramos Mejía	San Cristóbal y Balvanera
4	1	José María Penna	Boca, Barracas, Parque Patricios y Nueva Pompeya
5	3	Durand	Almagro y Boedo
6	3	Durand	Caballito
7	2	Teodoro Álvarez	Flores y Parque Chacabuco
8	2	Parmenio Piñero	Villa Soldati, Villa Riachuelo y Villa Lugano
9	2	Donación Francisco Santoianni	Parque Avellaneda, Liniers y Mataderos
10	3	Sarsfield	Villa Real, Monte Castro, Versalles, Floresta, Vélez Sarsfield y Villa Luro
11	3	Zubizarreta	Villa Gral. Mitre, Villa Devoto, Villa del Parque y Villa Santa Rita
12	4	Pirovano	Coghlan, Saavedra, Villa Urquiza y Villa Pueyrredón
13	4	Pirovano	Belgrano, Núñez y Colegiales
14	4	Fernández	Palermo
15	3	Enrique Tornú	Chacarita, Villa Crespo, Paternal, Villa Ortúzar y Agronomía

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Ley N° 1777/05 y la Resolución N° 1304/GCABA/MSGC/11.



## **ANEXO 2: Centros de testeo en la Ciudad de Buenos Aires**

<b>Establecimiento</b>	<b>Dirección</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Horario de atención</b>
<b>Centro de Salud N°3</b>	Av. Soldado de la Frontera 5144	4605-7823	lunes 13:30 a 15:30 martes 9:00 a 10:30
<b>Centro de Salud N°4</b>	Alberdi y Pilar (Pza. Zalaberry)	4686-6660	lunes 9:00 a 15:00
<b>Centro de Salud N°5</b>	Av Piedrabuena 3200	4687-0494/1672	lunes 11:00 a 12:00 martes 14:00 a 15:00
<b>Centro de Salud N°7</b>	2 de Abril de 1982 y Montiel	4602-5161	martes y jueves 9:00 a 13:00
<b>Centro de Salud N°9</b>	Irala 1254	4302-9983	miércoles 9:00 a 10:30
<b>Centro de Salud N°10</b>	Av. Amancio Alcorta 1402	4304-2002	jueves 10:00 a 12:00 y 13:00 a 15:00
<b>Centro de Salud N°15</b>	Humberto 1° 470	4361-4938	lunes 9:00 a 10:30 y 12:30 a 14:00 martes 8:30 miércoles 11:30 a 13:00 jueves 9:30 a 11:00 y 13:00 a 14:30 viernes 9:30 a 11:00
<b>Centro de Salud N°16</b>	Oswaldo Cruz 2055	4301-6411	miércoles 12:00 a 15:00
<b>Centro de Salud N°21</b>	Gendarmería Nacional 526 entre 6 y 8	4313-6985	miércoles 9:00 a 12:00
<b>Centro de Salud N°22</b>	Guzmán 90	4855-6268	lunes 11:00 y 16:00 martes 11:00 miércoles 17:00
<b>Centro de Salud N°29</b>	Av. Dellepiane 6999	4601-7973	jueves 9:30 a 11:30
<b>Centro de Salud N°30</b>	Amancio Alcorta e Iguazú	4912-2620	Miércoles 8:00 a 12:00
<b>Centro de Salud N°35</b>	Oswaldo Cruz y Zavaleta	4301-8720	martes 10:00 a 15:00
<b>Centro de Salud N°38</b>	Medrano 350	4958-4783	lunes y jueves 9:00 a 11:30 martes 8:30 a 10:30 y 15:30 a 17:00
<b>Centro de Salud N°39</b>	24 de Noviembre 1679	4911-3576	lunes 10:00 a 13:00 y 14:00 a 16:30
<b>Centro de Salud N°41</b>	Ministro Brin 842	4361-8736	lunes 12:00 a 13:30 miércoles 12:00 a 15:00
<b>Hospital Gral. de Agudos Ramos Mejía</b>	Urquiza 609	4931-5252 / 4127-0276	lunes - viernes 8:30 a 11:30 y 14:00 a 18:00
<b>Hospital Gral. de Agudos E. Tornú</b>	Av. Combatientes de Malvinas 3002	4521-8700 / 3600/4485	Miércoles 8:00 a 11:00
<b>Hospital Gral. de Agudos C. Argerich</b>	Pi y Margal 750	4121-0833 / 0828/0829	lunes - viernes 8:00 a 9:00 y 12:00 a 13:00
<b>Hospital Gral. de Agudos J. María Penna</b>	Almafuerte 408	4911-3030 int. 239	martes 10:30 a 12:30
<b>Hospital Gral. de Agudos. Donación F. Santojanni</b>	Pilar 950	4630-5565	martes 9:00 a 12:00
<b>Grupo Nexo-ATTTA</b>	Callao 339 6° piso	4374-4484 / 4375-0359 / 5032-6335	martes y jueves 16:30 a 20:00
<b>Rock &amp; Vida</b>	Coronel Pagola 3880 (esq. Saénz al 300)	4912-4150	miércoles 18:00 a 21:00
<b>Fundación Huésped</b>	Peluffo 3932	0800-222-4837	lunes - viernes 14:00 a 16:00

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la información disponible en la página web oficial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: [www.buenosaires.gob.ar](http://www.buenosaires.gob.ar).



## ANEXO 3: Datos estadísticos sobre la población del barrio de Almagro

### Comparación Almagro – Ciudad de Buenos Aires

Género			
Almagro			
Edad	Varón	Mujer	
0-14	51%	49%	
15-24	48%	52%	
25-34	48%	52%	
35-44	47%	53%	
45-54	45%	55%	
55-64	41%	59%	
> 65	34%	66%	
<b>Total</b>	<b>44,7%</b>	<b>55,3%</b>	
Ciudad de Buenos Aires			
Edad	Varón	Mujer	
0-14	51%	49%	
15-24	49%	51%	
25-34	49%	51%	
35-44	48%	52%	
45-54	46%	54%	
55-64	43%	57%	
> 65	36%	64%	
<b>Total</b>	<b>46,0%</b>	<b>54,0%</b>	

Condición de actividad			
Almagro			
Edad	Ocupado	Desocupado	Inactivo
10-14	12%	0%	87%
15-24	55%	7%	37%
25-34	91%	3%	6%
35-44	92%	2%	6%
45-54	90%	2%	8%
55-64	78%	2%	20%
> 65	32%	1%	68%
<b>Total</b>	<b>72%</b>	<b>3%</b>	<b>25%</b>
Ciudad de Buenos Aires			
Edad	Ocupado	Desocupado	Inactivo
10-14	14%	0%	86%
15-24	51%	7%	43%
25-34	89%	3%	8%
35-44	89%	3%	8%
45-54	87%	3%	10%
55-64	76%	2%	22%
> 65	31%	1%	69%
<b>Total</b>	<b>69%</b>	<b>3%</b>	<b>28%</b>

Uso de computadora			
Almagro			
Edad	Si	No	
0-14	87%	13%	
15-24	96%	4%	
25-34	94%	6%	
35-44	89%	11%	
45-54	82%	18%	
55-64	70%	30%	
> 65	33%	67%	
<b>Total</b>	<b>78%</b>	<b>22%</b>	
Ciudad de Buenos Aires			
Edad	Si	No	
0-14	87%	13%	
15-24	96%	4%	
25-34	94%	6%	
35-44	89%	11%	
45-54	82%	18%	
55-64	70%	30%	
> 65	33%	67%	
<b>Total</b>	<b>78%</b>	<b>22%</b>	

Régimen de tenencia						
Almagro						
Edad	Propietario de la vivienda y del terreno	Propietario sólo de la vivienda	Inquilino	Ocupante por préstamo	Ocupante por trabajo	Otra situación
0-14	47%	5%	37%	4%	3%	3%
15-24	45%	5%	41%	4%	3%	2%
25-34	35%	5%	53%	4%	2%	2%
35-44	48%	6%	38%	3%	3%	2%
45-54	58%	7%	27%	3%	4%	1%
55-64	63%	7%	23%	2%	3%	1%
> 65	71%	8%	15%	4%	1%	1%
<b>Total</b>	<b>52%</b>	<b>6%</b>	<b>34%</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>2%</b>

Ciudad de Buenos Aires

Régimen de tenencia						
Almagro						
Edad	Propietario de la vivienda y del terreno	Propietario sólo de la vivienda	Inquilino	Ocupante por préstamo	Ocupante por trabajo	Otra situación
0-14	51%	7%	31%	5%	3%	3%
15-24	52%	6%	33%	4%	2%	2%
25-34	43%	5%	44%	4%	2%	2%
35-44	54%	6%	32%	4%	3%	2%
45-54	63%	6%	23%	3%	3%	2%
55-64	69%	6%	18%	3%	3%	2%
> 65	76%	6%	12%	3%	1%	1%
<b>Total</b>	<b>57%</b>	<b>6%</b>	<b>28%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>

Tipo de vivienda particular								
Almagro								
Edad	Casa	Casilla	Departamento	Pieza en inquilinato	Pieza en pensión	Local no construido para habitación	Vivienda móvil	Personals viviendo en la calle
0-14	13%	0%	81%	3%	2%	0%	0%	0%
15-24	14%	0%	79%	3%	3%	0%	0%	0%
25-34	9%	0%	86%	2%	2%	0%	0%	0%
35-44	10%	0%	85%	2%	2%	0%	0%	0%
45-54	13%	0%	83%	2%	2%	0%	0%	0%
55-64	12%	0%	84%	2%	2%	0%	0%	0%
> 65	9%	0%	88%	1%	1%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>11%</b>	<b>0%</b>	<b>84%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

Ciudad de Buenos Aires

Tipo de vivienda particular								
Almagro								
Edad	Casa	Casilla	Departamento	Pieza en inquilinato	Pieza en pensión	Local no construido para habitación	Vivienda móvil	Personals viviendo en la calle
0-14	36%	0%	58%	3%	1%	0%	0%	0%
15-24	34%	0%	60%	3%	2%	0%	0%	0%
25-34	25%	0%	69%	3%	2%	0%	0%	0%
35-44	29%	0%	67%	2%	1%	0%	0%	0%
45-54	32%	0%	65%	2%	1%	0%	0%	0%
55-64	29%	0%	68%	1%	1%	0%	0%	0%
> 65	27%	0%	71%	1%	1%	0%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>30%</b>	<b>0%</b>	<b>65%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

Nivel educativo completado							
Almagro							
Edad	Primario	EGB	Secundario	Polimodal	Superior no universitario	Universitario	Post universitario
0-14	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15-24	9%	1%	66%	3%	10%	11%	0%
25-34	5%	0%	34%	0%	16%	40%	5%
35-44	8%	0%	32%	0%	18%	36%	6%
45-54	12%	0%	34%	0%	18%	32%	4%
55-64	17%	0%	35%	0%	13%	30%	4%
> 65	37%	0%	36%	0%	10%	15%	1%
<b>Total</b>	<b>17%</b>	<b>0%</b>	<b>36%</b>	<b>0%</b>	<b>14%</b>	<b>29%</b>	<b>4%</b>
Ciudad de Buenos Aires							
Edad	Primario	EGB	Secundario	Polimodal	Superior no universitario	Universitario	Post universitario
10-14	99%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
15-24	16%	1%	64%	3%	7%	9%	0%
25-34	10%	0%	38%	0%	14%	35%	4%
35-44	12%	0%	34%	0%	16%	32%	6%
45-54	15%	0%	35%	0%	16%	30%	5%
55-64	21%	0%	35%	0%	12%	28%	4%
> 65	41%	0%	33%	0%	9%	15%	2%
<b>Total</b>	<b>21%</b>	<b>0%</b>	<b>36%</b>	<b>0%</b>	<b>13%</b>	<b>26%</b>	<b>4%</b>

Nivel educativo cursado							
Almagro							
Edad	Primario	EGB	Secundario	Polimodal	Superior no universitario	Universitario	Post universitario
5-14	82%	1%	17%	0%	0%	0%	0%
15-24	2%	0%	44%	1%	8%	45%	0%
25-34	1%	0%	17%	0%	16%	57%	9%
35-44	3%	0%	28%	0%	17%	45%	7%
45-54	7%	0%	35%	0%	16%	39%	4%
55-64	11%	0%	39%	0%	12%	36%	2%
> 65	20%	0%	41%	0%	9%	28%	1%
<b>Total</b>	<b>20%</b>	<b>0%</b>	<b>30%</b>	<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>36%</b>	<b>3%</b>
Ciudad de Buenos Aires							
Edad	Primario	EGB	Secundario	Polimodal	Superior no universitario	Universitario	Post universitario
5-14	82%	1%	17%	0%	0%	0%	0%
15-24	3%	0%	49%	1%	7%	39%	0%
25-34	4%	0%	24%	0%	14%	51%	7%
35-44	8%	0%	35%	0%	14%	38%	5%
45-54	10%	0%	40%	0%	13%	33%	4%
55-64	14%	0%	41%	0%	11%	32%	2%
> 65	30%	0%	42%	0%	7%	20%	1%
<b>Total</b>	<b>25%</b>	<b>0%</b>	<b>34%</b>	<b>0%</b>	<b>8%</b>	<b>30%</b>	<b>2%</b>



## Comparación Comuna 5 – Ciudad de Buenos Aires

Máximo nivel de instrucción										
Comuna 5										
Edad	Inicial	Primario completo	Primario Incompleto	Secundario completo	Secundario incompleto	Superior no universitario completo	Superior no universitario incompleto	Universitario completo	Universitario incompleto	
0-14	28%	0%	60%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	0%
15-24	0%	1%	1%	15%	38%	2%	7%	2%	34%	
25-34	0%	3%	1%	20%	9%	8%	8%	20%	31%	
35-44	0%	5%	1%	24%	10%	13%	6%	26%	16%	
45-54	0%	8%	2%	26%	12%	13%	4%	23%	12%	
55-64	0%	12%	3%	28%	11%	10%	3%	22%	10%	
> 65	0%	32%	8%	25%	11%	7%	1%	10%	5%	
<b>Total</b>	<b>3%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>20%</b>	<b>14%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>	<b>15%</b>	<b>16%</b>	

Ciudad de Buenos Aires										
Edad	Inicial	Primario completo	Primario Incompleto	Secundario completo	Secundario incompleto	Superior no universitario completo	Superior no universitario incompleto	Universitario completo	Universitario incompleto	
0-14	27%	0%	60%	0%	13%	0%	0%	0%	0%	
15-24	0%	3%	2%	15%	40%	2%	6%	2%	30%	
25-34	0%	6%	2%	21%	11%	8%	6%	22%	25%	
35-44	0%	8%	2%	23%	11%	11%	5%	26%	14%	
45-54	0%	11%	3%	25%	11%	11%	4%	24%	11%	
55-64	0%	15%	4%	26%	11%	9%	3%	23%	9%	
> 65	0%	31%	8%	25%	10%	7%	2%	12%	5%	
<b>Total</b>	<b>4%</b>	<b>11%</b>	<b>11%</b>	<b>19%</b>	<b>15%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>15%</b>	<b>14%</b>	

Cobertura de salud						
Comuna 5						
Edad	Obra social (incluye PAMI)	Prepaga a través de obra social	Prepaga	Programas o planes estatales de salud	No tiene obra social, prepaga o plan estatal	
0-14	44%	28%	12%	2%	15%	
15-24	44%	21%	12%	1%	22%	
25-34	42%	30%	12%	1%	16%	
35-44	44%	30%	12%	1%	14%	
45-54	48%	25%	13%	2%	13%	
55-64	53%	21%	14%	1%	11%	
> 65	72%	10%	14%	1%	3%	
<b>Total</b>	<b>50%</b>	<b>23%</b>	<b>12%</b>	<b>1%</b>	<b>13%</b>	
Ciudad de Buenos Aires						
Edad	Obra social (incluye PAMI)	Prepaga a través de obra social	Prepaga	Programas o planes estatales de salud	No tiene obra social, prepaga o plan estatal	
0-14	37%	24%	13%	2%	24%	
15-24	39%	19%	13%	2%	27%	
25-34	37%	27%	13%	1%	22%	
35-44	38%	28%	14%	1%	18%	
45-54	43%	23%	16%	2%	17%	
55-64	47%	20%	19%	2%	13%	
> 65	70%	11%	16%	1%	3%	
<b>Total</b>	<b>45%</b>	<b>22%</b>	<b>15%</b>	<b>1%</b>	<b>18%</b>	

Convive en pareja		
Comuna 5		
Edad	Sí	No
10-14	2%	98%
15-24	12%	88%
25-34	53%	47%
35-44	69%	31%
45-54	66%	34%
55-64	60%	40%
> 65	46%	54%
<b>Total</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>
Ciudad de Buenos Aires		
Edad	Sí	No
10-14	1%	99%
15-24	14%	86%
25-34	54%	46%
35-44	70%	30%
45-54	67%	33%
55-64	64%	36%
> 65	49%	51%
<b>Total</b>	<b>52%</b>	<b>48%</b>

Fuente: elaboración propia a partir en base a Censo Nacional 2010



## **ANEXO 4: Datos estadísticos sobre el *target* seleccionado**

### **Almagro**

<b>Régimen de tenencia</b>	
Propietario de la vivienda y del terreno	35%
Propietario sólo de la vivienda	4%
Inquilino	48%
Ocupante por préstamo	4%
Ocupante por trabajo	6%
Otra situación	3%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

<b>Tipo de vivienda particular</b>	
Casa	12%
Casilla	0%
Departamento	78%
Pieza en inquilinato	5%
Pieza en hotel familiar o pensión	4%
Local no construido para habitación	0%
Vivienda móvil	0%
Persona/s viviendo en la calle	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

<b>Relación o parentesco con el jefe(a) del hogar</b>	
Jefe(a)	56%
Cónyuge o pareja	29%
Hijo(a) / Hijastro(a)	8%
Yerno / Nuera	1%
Nieto(a)	0%
Padre / Madre / Suegro(a)	0%
Otros familiares	3%
Otros no familiares	2%
Servicio doméstico y sus familiares	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

<b>Utiliza computadora</b>	
Sí	79%
No	21%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

## Comuna 5

Estado civil legal	
Soltero(a)	50%
Casado(a)	39%
Divorciado(a)	8%
Separado(a) legalmente	2%
Viudo(a)	1%
Ignorado	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Convive en pareja o matrimonio	
Sí	69%
No	31%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Categoría ocupacional	
Obrero o empleado	61%
Patrón	5%
Trabajador por cuenta propia	18%
Trabajador familiar	1%
Desocupados	15%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Cobertura de salud	
Obra social (incluye PAMI)	50%
Prepaga a través de obra social	19%
Prepaga sólo por contratación voluntaria	9%
Programas o planes estatales de salud	1%
No tiene obra social, prepaga o plan estatal	22%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Donde vivió hace 5 años	
En este municipio o localidad	88%
En otro municipio o localidad de esta provincia	0%
Provincia de Buenos Aires	6%
Otra Provincia	2%
Otro país	4%
<b>Total</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia a partir en base a Censo Nacional 2010

## **ANEXO 5: Otras consideraciones a tener en cuenta en comunicación y VIH/sida**

En el año 2016 la Dirección de sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación publicó una guía de recomendaciones titulada “Cómo comunicar sobre VIH y sida” (Dirección de Sida y ETS, 2016), dirigida a estudiantes y trabajadores de la comunicación.

En el capítulo 4 del documento señalan algunos de los términos correctos que se deben utilizar al tratar esta temática:

- VIH no es igual a sida

Como desarrollamos en el aparatado sobre las etapas de la enfermedad, el sida corresponde a la última fase de la infección de VIH, en la cual el sistema inmunológico de la persona se encuentra muy debilitado e incapaz de combatir enfermedades oportunistas.

- El VIH se transmite, no se contagia

El VIH, al igual que otras enfermedades como la tuberculosis, necesitan de un vía específica o medio para pasar de una persona a otra, por ejemplo, la sangre o los fluidos genitales. Por otro lado, el virus muere si no se encuentra en un medio líquido de características y temperaturas específicas.

- Las personas no mueren de sida

Cuando una persona diagnosticada con sida muere, lo más apropiado es decir que muere por una enfermedad asociada al sida o por una enfermedad causada por el VIH. Esto se debe a que los motivos reales de fallecimiento son enfermedades oportunistas causada por la infección.

- Hablamos de VIH, no del virus del sida

Esta es una expresión inexacta. Lo correcto es referirse al VIH, virus de inmunodeficiencia humana, que puede causar sida.

- Personas con VIH, no portadores/as

El término “portador” puede resultar estigmatizador y ofensivo, además de ser incorrecto. Alude a una carga que una persona lleva y puede depositar en otros. Es un término que favorece la discriminación, por eso es mejor utilizar la expresión “persona con VIH”.

- No son víctimas, son personas con derechos

Es importante evitar las expresiones como “personas que sufren de sida” o “afectadas por VIH”. Estos términos llevan implícita la idea de sometimiento o incapacidad favoreciendo una visión discriminatoria. Al hablar de “personas con VIH” se las reconoce como sujetos de derecho.

- Tampoco hablamos de “víctimas inocentes”

Hablar de “víctimas inocentes” cuando se trata de personas que se infectaron a través de prácticas médicas o en situaciones de violencia, aporta a la idea de que, quienes se contagiaron por otras vías, son culpables de esta situación fomentando la discriminación.

- Evitar la palabra “paciente”

La palabra “paciente” remite a la idea de alguien pasivo/receptivo que debe aceptar lo que el médico le indica. Pero antes que eso es una persona con derechos, activa y que puede decidir sobre temas vinculados a su salud.

- Es preferible evitar los términos bélicos o militares

Las palabras “lucha”, “batalla” o “guerra” pueden generar confusión al tratar este tipo de temas. Es preferible usar terminología propia del campo de la salud como “respuesta”, “tratamiento” o “prevención”.

- El VIH no es una “problemática”, es una epidemia

Utilizar este término puede propiciar que las personas con VIH sean vistas como un problema. Lo más correcto sería hablar de pandemia (una epidemia de alcance mundial).

- La cobertura más allá del Día Mundial del sida

Es importante mantener la cobertura sobre durante todo el año, ya que, a pesar de los avances, continúa siendo un gran desafío muy importante para la salud pública.

- Se recomienda escribir sida en minúscula

Las siglas pasaron a ser un sustantivo común, por lo que debe escribirse en minúscula.

- No hay “grupos de riesgo”, si “comportamientos de riesgo”

Pertenecer a un grupo determinado no es un factor determinante en la transmisión de VIH, mientras que la realización de ciertas prácticas sí lo es. Esto puede provocar dos sensaciones erróneas, por un lado, propicia discursos discriminatorios contra ciertos grupos y, por el otro, genera una falsa sensación de seguridad en quienes no se identifican con dichos grupos.

- Romper la asociación directa entre VIH y muerte

Asociar el VIH con un término tabú como la muerte no permite abordarlo desde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

- Las personas no “confiesan” su diagnóstico: no es un delito

Los términos “reconoció” o “confesó” aluden a la idea de que dicha persona realizó algo negativo o cometió un delito. Es preferible usar expresiones como “contó” o “reveló”.

- El caso sirve, pero siempre en contexto

Es importante contextualizar cuando se trata un caso en particular, ya que otras personas pueden estar pasando por algo similar.

- Información para prevenir y no para alarmar

Si la información está cargada de mensajes de miedo, las personas pueden tomar actitudes negativas hacia quienes tienen VIH o tener miedo a realizarse ellos mismo el test. La información debe servir para fomentar una cultura solidaria y con cuidado en la prevención.

- Informar evitando los estereotipos

Del mismo modo en que no es recomendable hablar de “grupos de riesgo”, también deben evitarse los estereotipos cuando se refiere a personas que viven con VIH. La población con VIH es muy variada y la información debe reflejar esa realidad para evitar la discriminación, el prejuicio y el estigma.

- Pobreza, prejuicio y VIH: para estar atentos

Si bien la situación de pobreza incrementa la vulnerabilidad ante el VIH, la epidemia afecta a personas de todos los grupos sociales.

- La perspectiva de género en las noticias

Es importante ser cuidadoso en las cuestiones de género cuando se informa sobre VIH. Varones, mujeres y personas trans somos iguales en derecho, pero biológicamente diferentes, por lo que la relación de ambos frente al virus puede variar.

En los capítulos siguiente señala puntos a tener en cuenta para coberturas en redes sociales y medios audiovisuales.

Recomendaciones para redes sociales:

No es recomendable publicar rumores o noticias sin confirmación, especialmente en temas como nuevos descubrimientos para tratar el VIH, vacunas, o investigaciones médicas, etc. Generan mucha ansiedad en las personas con VIH, sus familiares y amigos, y confusión en la sociedad en general.

Recomendaciones para medios audiovisuales:

- Musicalizar pero no transmitir miedo

La música es un elemento fundamental para transmitir emociones o reforzar significados en todo producto audiovisual, por eso hay que tener mucho cuidado sobre qué temas se eligen para los informes

- Las imágenes y el respeto a la integridad de las personas

Hay que evitar utilizar fotografías o imágenes que denigren la integridad de las personas que viven con VIH. No se deben mostrar imágenes que evoquen la muerte, que hagan ver como terrible el hecho de tener VIH o estar en la etapa sida.

- Dar visibilidad, pero resguardando la confidencialidad

Cualquier exposición de una persona con VIH debe hacerse bajo su consentimiento, teniendo en cuenta el derecho a la intimidad.

- Las fotos pueden reforzar los estereotipos

Se debe tener cuidado en las fotografías que se le eligen para evitar que refuercen ciertos estereotipos o prejuicios.





## **ANEXO 6: Campañas existentes de promoción del test de VIH-sida**

**Elegí saber**

**Logo**



**Afiche para la vía pública**



**Postales: frente y dorso**





Podés hacerte el test de VIH en centros de salud y hospitales de todo el país.

El VIH puede transmitirse:

- por mantener relaciones sexuales sin preservativo;
- de una madre con VIH a su bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia y
- a través de un contacto sanguíneo.

Informate llamando al **0800 3333 444** LINEA PREGUNTE SIDA. Es gratis, es confidencial, es anónima.  
Lunes a viernes de 9 a 21 hs. Sábados, domingos y feriados de 9 a 18 hs.  
dir-sida-ets@msal.gov.ar www.msal.gov.ar/sida

Diciembre 2013

Dirección de Sida y ETS  
LA SALUD ES UN BIEN DE DIOS Y TODOS

ARGENTINA  
REPUBLICA ARGENTINA

Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

La campaña cuenta también con banners para estructura con pie, videos y spots de radio.

Videos disponibles en Youtube:

- Spot 'Elegí Saber'
- Spot "Elegí Saber" - Salta

# Rock&Vida









#ELEGÍsaber

16 DICIEMBRE  
19 HORAS

Rock&Vida  
RockyVida

# DANIELA HERRERO



Traer  
un alimento  
no perecedero

TESTEOS RÁPIDOS DE VIH

## PARQUE PATRICIOS

Av. Caseros 3100 y Urquiza  
Subte H - Estación Pque. Patricios

ENTRADA  
LIBRE Y  
GRATUITA

+ **EDU SCHMIDT**  
DEENCHUFADOS

[www.rockandvida.org](http://www.rockandvida.org)

**ROCK & VIDA**

CENTRO DE TESTEO  
"Sandra Huerta"

Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico  
del VIH-sida (CePAD)

**Test rápido de Vih**  
Es gratuito, voluntario y confidencial

Horario de atención | Miércoles de 18 a 21 hs  
Coronel Pagola 3880 | Cap. Fed.  
(esquina Av Sáenz 300)

**(11) 4912 4150**

Videos disponibles en el canal de YouTube de la organización: RockyVida

## Prueba cerca de ti



**Pedro** Buenas, todo bien?

Sí, gracias por recomendarme esa asociación.

De nada.

Es gratis y me atendieron personas muy amables. Me sentí muy cómodo y resolvieron todas mis dudas.

😊 Y EL RESULTADO?

Todo genial. Además comprendí que SIEMPRE ES MEJOR SABERLO.

Me alegro. Ya te has convencido! Pero hay quien aún tiene dudas 😞

Pues que no pierdan el tiempo; ante la duda, que se hagan la prueba del VIH.

<http://www.cesida.org/pruebacercadeti>

De eso estoy segura! 😊

Ahora yo también ESTOY SEGURO!

**prueba cercadeti**

Puedes hacerte la prueba del VIH en las asociaciones de CESIDA  
Es gratuita, anónima y confidencial  
+info: cesida.org/pruebacercadeti

Organiza: Coordinadora estatal de VIH y sida  
Con la colaboración de: GILEAD  
Avalan científicamente: CESIDA, seisida

La campaña cuenta también con videos y spots de radio.

Videos disponibles en Youtube:

- 'Prueba cerca de ti' - Campaña VIH 2016 de CESIDA





# ANEXO 7: Material actual con el que cuenta el CeSAC N°38

## Material de Dirección Sida y ETS

La única manera de saber si tenés el virus es con el test de VIH.

La Ley Nacional de Sida N° 23.798 establece que el análisis es confidencial, gratuito y voluntario en todo el país: nadie puede obligarte a que te lo hagas.

La ley también garantiza que, antes y después del test, un equipo de salud te brinde asesoramiento.



**El análisis de VIH-sida es voluntario, gratuito y confidencial.**

Informate llamando al  
**0800 3333 444**  
**LÍNEA PREGUNTE SIDA**  
 Es gratis, es confidencial, es anónima  
 Lunes a viernes de 9 a 22.  
 Sábados, domingos y feriados de 9 a 18.  
[dir-sida-ets@msal.gov.ar](mailto:dir-sida-ets@msal.gov.ar) - [www.msal.gov.ar/sida](http://www.msal.gov.ar/sida)  
[#direcciondesida](#) [@direcciondesida](#)

**0800 222 3444**  
**LÍNEA SALUD SEXUAL**  
 La llamada es gratis  
 Tu pregunta es confidencial  
 Lunes a viernes de 8 a 22.  
 Sábados, domingos y feriados de 9 a 18

Por denuncias de discriminación podés llamar también al  
**0800 999 2345**  
**Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI**  
 Las 24 horas, todos los días.

Espacio para datos locales.

**Cómo colocar un preservativo**

1. Abrelo con cuidado.
2. Póntelo sobre el pene erecto, apuntando la punta para que no quede aire.
3. Desenrollalo totalmente hacia atrás. Cuando termine, sacélo antes de poner la erección.

**Cómo hacer un campo de látex**

1. Abrelo y desarmálo: sacá el borde superior con los pulgares.
2. Rompelo a lo largo y abrílo.
3. Estiralo con el índice y el pulgar para abrir el campo de látex.

Ministerio de Salud Pública  
 Dirección de Sida y ETS  
 Calle de la Independencia 1441

ARGENTINA

Ministerio de Salud Pública  
 Presidencia de la Nación

**¿Cuándo te conviene hacer el test de VIH?**

- Si tuviste relaciones sexuales (orales, vaginales o anales) sin preservativo.
- Si compartiste agujas, seringas, máquinas de afeitar o cepillos con otras personas.
- Si vas a tener un hijo podés hacerle el test tanto vos como tu pareja.
- porque si la mujer tiene VIH puede hacer un tratamiento para que el bebé nazca sin el virus.
- porque si el hombre tiene el virus, puede empezar su tratamiento y usar preservativo para que no se infecte su mujer ni el bebé.

**¿Por qué es importante hacerte el test?**

**Porque, si te da negativo,** te sacás la duda y seguís cuidando.

**Porque, si te da positivo,** podés empezar a tratarte con un profesional de salud y ver cuándo comenzar un tratamiento. Hoy en día, la modificación es altamente efectiva y permite que la enfermedad sea una infección crónica.

Además, el VIH puede llegar a tardar muchos años en presentar síntomas. Por eso la única manera de saberlo es haciéndote el test.



**¿Cómo es el test?**

Es un análisis de sangre como cualquier otro. No es necesario que estés en ayuno total en el momento de hacerlo. A veces con no comer alimentos con grasas (por ejemplo, carne o otros aceites) dos horas antes de la extracción.

Además de ser gratuito, confidencial y voluntario, tenés que firmar que estás de acuerdo. Es lo que se llama "consentimiento informado".

**¿Qué es el periodo ventana?**

Es el tiempo que transcurre desde que el virus entra al cuerpo hasta que se produce la cantidad de anticuerpos necesaria para que se detecten en el laboratorio. Durante ese lapso se aproximan entre un mes, las pruebas pueden dar negativas aunque tengas el virus.

**El test de VIH es un derecho,**

nunca una obligación ni condición para el ingreso a un trabajo, el acceso al estudio, la atención

médica, la realización de una operación o un examen prenupcial (Ley Nacional N° 23.798 de Sida).

## Material de Coordinación Sida

**En estos centros podés pedir asesoramiento y hacerte el test rápido de VIH:**

<p>Centro de Salud N° 4 Av. Juan B. Alberdi y Pilar 4686-6660</p> <p>Centro de Salud N° 7 2 de abril de 1982 y Montiel 4602-5161</p> <p>Centro de Salud N° 21 Gendarmería Nacional 526 entre 6 y 8 Retiro 4313-6985</p> <p>Centro de Salud N° 22 Guzmán 90 4855-6268</p> <p>Centro de Salud N° 29 Av. Dellepiane 6999 4601-7973</p> <p>Centro de Salud N° 35 Oswaldo Cruz y Zavaleta 4301-6720</p> <p>Centro de Salud N° 38 Medrano 350 4958-4783</p> <p>Centro de Salud N° 39 24 de Noviembre 1679 4911-3576</p>	<p>Hospital Gral. de Agudos Ramos Mejía Servicio de Inmunocomprometidos Urquiza 609 4931-5252 / 4127-0276</p> <p>Grupo Nexo-AITTA (población gay, trans y otros hombres que tienen sexo con hombres) Callao 339 6° piso 4374-4484 / 4375-0359/ 5052-6335</p> <p>Rock &amp; Vida Coronel Pringles 3880 (esquina Sáenz al 300) 4912-4150</p> <p>Hospital Gral. de Agudos Dr. Cosme Argerich Pi y Margall 750 Servicio de Infectología (1° piso) 4121-0833/0826/0829</p> <p>Hospital Odontológico Ramón Carrillo Sánchez de Bustamante 2529 Laboratorio de Análisis Clínicos 4805-9560 int. 235</p>
---	--

**Buenos Aires Ciudad**

**Test rápido de VIH**

¡Acercate y tené tu resultado en minutos!


buenosaires.gob.ar/salud /BASalud

buenosaires.gob.ar /gcba

**Buenos Aires Ciudad** **EN TODO ESTÁS VOS**

**EL TEST ES LA ÚNICA MANERA DE SABER SI TENÉS VIH**

Sacarte la duda es importante porque el VIH puede tardar muchos años en presentar síntomas.



**El test rápido es sencillo, voluntario y confidencial.**

**¿Cómo se hace?**

Con unas gotas de sangre de la yema de un dedo, te hacen la prueba rápida y el resultado estará disponible a partir de los quince minutos.

**No es necesario estar en ayunas ni ser mayor de edad.**

**PARA TENER EN CUENTA**

Para que el virus sea detectable en la sangre, tiene que haber pasado un tiempo desde la situación de posible infección; este tiempo se llama "período ventana" y en la actualidad es de un mes.

- Si el test da negativo y no estás en período ventana, te sacaste la duda.
- Si el test da positivo, es necesario hacer estudios complementarios para llegar a un diagnóstico.

Si se confirma un resultado positivo, podés hacer la consulta con un médico y evaluar el tratamiento adecuado. Con los tratamientos actuales el VIH puede convertirse en una afección crónica.

**El tratamiento es gratuito y está disponible en todos los hospitales, obras sociales y prepagas.**

**¿CÓMO SE TRANSMITE EL VIH?**

- Por mantener relaciones sexuales sin preservativo.
- Por compartir elementos cortopunzantes.
- De una mujer con VIH al bebé durante el embarazo, el parto o si le da de mamar.

**El preservativo es el único método que previene la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.**

Para más información:  
**Programa Coordinación Sida**  
Dir. Gral. de Redes y Programas de Salud  
Donato Álvarez 1236 piso 1º, 5197-2842  
coordinacionsida@buenosaires.gob.ar

Para realizar denuncias por discriminación:  
**Defensoría del Pueblo**  
Venezuela 842, 7338-4900 int. 7558/60

Por otras consultas:  
**Línea Pregunta Sida - Ministerio de Salud de la Nación**  
0800-3333-444

## **ANEXO 8: Entrevistas en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N°38**

### **1era entrevista en el CeSAC N°38: 12 de noviembre de 2015**

Participantes:

- Karina Angeleri: asistente social, coordinadora del programa local
- María José Campero: jefa de residencia de educación para la salud
- Ana Isabel Figueroa: residente de 3er año
- Lorena Barilá: residente de 2do año
- Lucía Marques de Paiva: residente de 1er año

**Iara:** Hola, ¿cómo están? Cuéntenos un poco, ¿por qué les parece que el centro necesita una campaña de comunicación para promocionar el test?

**María José:** Como el canal fuerte es Internet y como está ubicado en un lugar central y con muchos accesos, la verdad es que, aunque alguien venga de lejos, tiene mucha facilidad para llegar a este centro. Eso contribuye a que vengan de otros lugares.

**Karina:** Yo creo que está bueno, también, porque el perfil de la población que llega por Internet es un perfil el joven, joven de clase media universitario, la mayoría, ¿no? Entonces quizás una comunicación local, desde ese punto de vista, haga cambiar un poco ese perfil y pueda llegar otro tipo de población más vulnerable que no se está testeando. No está llegando por lo menos a este lugar, quizá se testea desde la consulta médica que se lo solicita, no desde una campaña o una necesidad como la que se presenta en estos jóvenes. Qué sé yo, quizás eso sirva para también para pensar la campaña y que el perfil sea también distinto.

A nosotros nos va a sumar, sea en marzo o en abril, nos va a sumar. Hay que generar la demanda y ofertar, ese es nuestro criterio.

**Ana Isabel:** También estaría bueno tomar datos epidemiológicos y sociodemográficos para poder, también, en función de eso orientar lo que tenga que ver con la organicidad local.

**Sebastián:** Bueno, nosotros lo que estamos haciendo ahora es tratar de juntar material de todo el sistema de salud en general.

**Karina:** Tienen los boletines epidemiológicos. Si entras a la página de la ciudad, a la sección de Coordinación Sida creo que están para bajarse los boletines epidemiológicos y material bibliográfico. En la página de la nación también pueden descargar me parece.

**Sebastián:** Son materiales distintos, ¿no?

**María José:** En general se complementa. En general los de Ciudad siguen muchos de los lineamientos de Nación.

**Iara:** Perfecto.

**Sebastián:** Nosotros hicimos algunas preguntas orientativas para ahora, un poco para encauzar todo lo que estamos agarrando de información y poder acelerar esta parte de contexto. Si nos pueden dar una mano en

esto, que por ahí ahora en la instancia de investigación no estamos tan cerca del centro de salud, estamos más al nivel nacional. Pero para tener algunas cosas que nos acerquen.

Lo primero tiene que ver con ver qué ministerios o secretarías o instituciones están involucrados en el test rápido en particular.

**Lorena:** En forma directa Coordinación Sida. Estos espacios dependen de Coordinación Sida. Es un actor que tendrían que...

**Karina:** Coordinación Sida es un área dentro del Ministerio de Salud de la Ciudad.

**Iara:** ¿Los CePAD son dependientes de Coordinación Sida?

**Ana Isabel:** Claro. O sea, es una estrategia en el marco de todo lo que tiene que ver con el trabajo preventivo. Es una estrategia en la línea de acción que trabaja Coordinación Sida. Entonces bueno, nosotros nos sumamos en esa estrategia. Pero bueno el lineamiento general y todo lo que tiene que ver con financiamiento viene desde Coordinación Sida.

**Karina:** Después tenés otros. Tenés Fundación huésped que hace el test rápido, comenzó hace poco, pero es una ONG.

**Sebastián:** Sí, claro, nos referimos más a esto, al sistema público. Por detrás de este test, de este centro, quiénes están.

**Karina:** Es Coordinación Sida. Es una línea, está dentro de las estrategias que ellos proponen. En lo que tiene que ver con el trabajo preventivo es una de las estrategias que nosotros sumamos puntualmente. Después está lo que es la red de distribución de preservativos, que también nosotros acá a nivel local está... hubo varios intentos de armar red con instituciones del barrio y la zona. Cuesta sostenerlo porque es todo un trabajo de armar lazos. Tratamos de no ir solo y repartir preservativos, sino que tratamos de armar otra cosa y que las instituciones puedan visibilizarnos. Pero bueno es todo un trabajo que implica la construcción de un vínculo, entonces hasta ahora está pequeña, pero con ganas de que crezca.

**Iara:** ¿Y desde Coordinación Sida se hacen campañas de comunicación?

María José: Sí

**Iara:** ¿Por qué medios? ¿Por Internet?

**Karina:** Por internet, hay folletería...

**María José:** Ellos tiene también el *trailer* sanitario que hacen testeos por los barrios. Nosotros este año participamos en una de las jornadas del *trailer* sanitario. Lo que se hace es una jornada de testeo masivo en un barrio. Ellos fueron por distintas zonas. Eso les da mucha visibilidad que por un lado es hacer un *screening* de negativos, pero por otro lado también sirve para que las personas visibilicen el recurso y puedan referenciarlo a un centro de salud.

**Iara:** ¿Y ellos les entregan a ustedes material para repartir?

**Lorena:** Sí, banners, folletos, afiches. Todo lo que nosotros les pedimos justamente cuando hacemos contacto con otras instituciones, les llevamos también afiches, folletos como para que entreguen.

**Karina:** Nosotros localmente nada, eso es lo que más nos cuesta. Lo hacemos muy así caseramente. En realidad, ellos tienen toda la banca como para darnos desde otro lugar. Los materiales llegan desde Coordinación Sida.

**Sebastián:** Y esa estructura así con Coordinación Sida ¿es de los últimos años, o se modificó en los últimos años con los cambios de gobierno o cosas así? ¿O viene ya firme desde hace tiempo?

**Karina:** El test rápido es una tecnología que en el sistema de salud ya hace mucho tiempo que está. No estaba disponible para lo que es estos espacios más preventivos. Sí estaba para lo que es la guardia o internación. Estaba disponible, no es que es una tecnología nueva. Se incorporó a lo que es estos espacios preventivos, hace un año y medio y ya estaba hacía rato hace 3 o 4 años. Acá puntualmente arrancamos este año no, el anterior y ya estaba en funcionamiento en algunos otros centros. No es una tecnología nueva, pero incorporado en espacios preventivos sí es relativamente nuevo.

**Sebastián:** ¿Y cómo funcionaba antes en este tipo de espacios? Me imagino que el acceso era más complicado.

**Lorena:** La idea de la incorporación del test rápido lo que busca facilitar el acceso y acortar el tiempo. Antes se hacía, bueno con lo que contábamos era con la extracción endovenosa. Eso implicaba que las muestras se remitieran al laboratorio. El laboratorio tenía todo un circuito, entonces más o menos 15 días teníamos entre que la persona venía y se hacía la entrevista y la extracción hasta que volvían los resultados.

**Karina:** Ahora en 15 minutos tiene un resultado. En el caso de los negativos para nosotros, salvo que se encuentren en lo que se llama período ventana, para nosotros son confirmatorios. En el caso de los positivos, sí requieren de estudios complementarios. Ahí ya sí los remitimos al laboratorio. Nosotros los llamamos reactivos preliminares, pero bueno la realidad es que el tiempo se redujo enormemente.

**Iara:** Claro, y para el paciente es una re-diferencia. Por esos 15 días deben ser...

**Karina:** Sí, les genera mucha ansiedad,

**María José:** Sí en ese punto es facilitar el acceso al testeo, es una de los objetivos de la estrategia.

**Sebastián:** ¿Ustedes saben, o por lo que ven, si se modificó el público al pasar de los hospitales a estos centros?

**Karina:** La estrategia de Coordinación Sida está apuntada a la población en general, no es que tiene una población foco, sino que está abierta a la comunidad. La idea es facilitar el acceso a todas las personas. Lo que se hace al sumar esta tecnología, acordar los tiempos, que sean cada vez menores. Antes entre que la persona se testeaba, el laboratorio iba y venía, se perdían muchas devoluciones de resultados porque la persona no volvía. Ahora la persona se va en 15 minutos con un resultado. Tenemos un solo caso de una persona que se hizo el test y se fue.

**Iara:** Y me imagino que en cuanto a costos debe ser una diferencia importante también, ¿no?

**Lorena:** En cuanto a costos la verdad no sabría decirte cuánto cuestan los test. Pero en cuanto a logística y burocracia también se mejoró muchísimo todo. También se disminuyen los costos a largo a plazo porque el diagnóstico temprano hace que se eviten muchos gastos de tratamiento.

**Karina:** Y también en cuanto a la transmisión. Una persona que ya está en tratamiento, que ya conoce su serología, digamos son otros costos para el Estado.

**Lorena:** Tengan en cuenta que acá para nosotros no es solamente el testeo, es todo el espacio de asesoramiento. Ahí la idea es poder trabajar dudas, preguntas, las vías de transmisión... aparte de poder trabajar sobre las medidas, las prácticas de cuidado y eso es lo que redundará en beneficios a nivel también de bajar las tasas. En este no es solamente el testeo, sino todo el trabajo que hace previo y, bueno, y post. El post a veces es más cortito porque se trabajó mucho en la previa, pero bueno es tan importante como el testeo.

**Ana Isabel:** En la entrevista lo que hacemos es desandar el motivo de consulta. A veces, tal vez, alguien viene por primera vez. Buenos, a ver, ¿por qué esta vez te trajo? ¿Qué paso? ¿Qué situación hubo? Se rompió un preservativo, bueno pensemos juntos por qué. ¿Es común que se rompa un preservativo? ¿No es común? ¿Es esperable? Bueno, no, no es esperable que un preservativo se rompa. ¿Tuvo que ver con una falla en la colocación o en la conservación? Bueno, entonces vos podés trabajar específicamente sobre cómo se colocó, dónde compró, cómo se conservó ese preservativo. Bueno ahí trabajamos todo el uso del preservativo. Lo vamos viendo caso a caso porque la información que maneja cada persona es de lo más heterogénea. Hay información más acertada y otra que tiene que ver con mitos. Hay como un mix de cosas que hacen a la información que las personas manejan. Algunos están actualizados, otros no. Lo vamos trabajando en forma individual.

**Sebastián:** ¿Son ustedes las del equipo las que van tomando entrevistas?

**María José:** Sí, en realidad el CePAD, el espacio, está constituido por: nosotras que somos de la residencia, Karina que es de trabajo social y compañeros de la planta permanente. Nosotras somos una parte del equipo.

**Sebastián:** ¿Y van poniendo en común? Vino uno por tal motivo, otro por tal otro...

**Karina:** Sí, la idea es en las reuniones de equipo plantear situaciones que están por fuera, que nos descolocó la pregunta. No es que tenemos una sistematización de compartir la información, sino que vamos viendo situaciones que se presentan. También hay una psicóloga que viene a veces y participa.

**Iara:** Yo tengo una pregunta un poco ya hacia otro lado. ¿El objetivo de máxima sería que todo el mundo se teste o en realidad con que venga solo aquel que estuvo en alguna situación de riesgo es suficiente?

**Karina:** La estrategia está apuntada a la población en general. No es que decimos, "si estuviste en una situación de riesgo, vení, testate". No, que se teste todo el mundo porque consideramos, en realidad, que todas las personas pudimos haber estado en alguna situación de riesgo y no saberlo. Sobre todo, porque la información que circula mucha es mitos. Y cuanto antes uno sepa, la posibilidad de iniciar un tratamiento, que esos tratamientos sean más eficaces y que esto redunde en calidad de vida, expectativa de vida y demás, aumentan enormemente. Tiene que ver con las características del virus y la evolución de la infección. Entonces en ese punto, en el caso de negativo, bueno seguir profundizando las estrategias y en el caso positivo que pueda iniciar un tratamiento temprano es fundamental.

**Lorena:** En el caso positivo también evitar infecciones y, también, evitar reinfecciones para la persona.

**Iara:** ¿Qué significa reinfecciones?

**Ana Isabel:** Claro, una persona positiva sino se cuida y, suponte, tiene relaciones con otra persona que también tiene VIH, se recontagia. Por cada recontagación el virus va mutando y eso complica más la situación. No es que dos personas con VIH pueden no cuidarse, por cada recontagación complejiza más el cuadro. Y si esa persona sigue sin cuidarse, puede contagiar a otras porque su carga viral es muy alta.

**Lorena:** En cambio, si una persona inicia el tratamiento, tiene carga viral baja y sus posibilidades de transmitir el virus también son más bajas. Bajamos las posibilidades de transmisión a otros. Por eso es tan importante la detección temprana.

**Sebastián:** Volviendo a la práctica acá en el CePAD, ¿cómo es desde que entra la persona?

**Ana Isabel:** Les hacemos las entrevistas en duplas. La idea es que sean duplas interdisciplinarias. Nosotros en la residencia tenemos distintas disciplinas y la idea es que precisamente sea interdisciplinaria porque se aportan distintas miradas, la escucha es distinta, entonces se pueden ir rescatando cosas diferentes. Y después de acá, la persona firma el consentimiento informado con toda la información que le damos. Siempre tiene que firmar el consentimiento informado, esto es por la Ley Nacional de Sida. Luego les hacemos el testeo, esperamos 15 minutos y hacemos la lectura conjunta con la persona.

**Karina:** Ahí si el resultado es negativo se refuerza todo lo que es medios de prevención que ya se vieron en la entrevista previa a la extracción y es positivo, se lo orienta. Y se le explica que es un resultado preliminar, que no es un diagnóstico. Que para que sea un diagnóstico tiene que hacer otros estudios. Entonces se lo deriva con órdenes al Hospital Durand en un horario determinado. Ahí se le hace una punción venosa y se le hacen otros estudios que tienen que ver con la presencia de virus y no de anticuerpos.

**Sebastián:** ¿En el hospital también se hace el test rápido y se entrega esta folletería?

**María José:** No. Hay hospitales, como el Ramos Mejía, donde sí, porque ahí funciona un CePAD. O sea, es un CePAD que funciona dentro del Hospital Ramos Mejía.

**Sebastián:** ¿Y ustedes llevan material o promocionan el test ahí?

**Karina:** No, en realidad porque el hospital tampoco está tan cerca del centro de salud. Nosotros cuando hablamos de una cuestión más local, tal vez apuntamos más a 10 cuadras, 5 cuadras a la redonda.

**Ana Isabel:** Sí, o el área de referencia que es más o menos ese.

**Iara:** Bueno, creo que tenemos como para seguir trabajando.

**Karina:** Bueno, cualquier duda que tengan avísennos. Nos pueden escribir por mail y los ayudamos.

**Iara:** Muchísimas gracias.

**Sebastián:** Sí, muchas gracias y bueno, estamos en contacto.



## 2da entrevista en el CeSAC N°38: 13 de julio de 2016

Participantes:

- Karina Angeleri: asistente social, coordinadora del programa local
- Lucía Marques de Paiva: residente de 2do año

**Iara:** La primera parte tiene que ver con la relación que tiene el centro con el Hospital Durand. Si bien sabemos que formalmente el centro depende de él, ¿hay una relación constante con el hospital? ¿O es meramente formal?

**Karina:** Hay una relación, no solo por la dependencia que tenemos del hospital, sino porque la dependencia tiene que ver también con cuestiones administrativas que hay que resolver o solicitudes que tenemos que hacerle al hospital respecto de insumos o respecto de otras cuestiones. A parte hay relación porque, digamos, muchos pacientes que atendemos nosotros son derivados al hospital o del hospital nos los derivan a nosotros. Hay una relación fluida. Hay mejor relación con algunos servicios, peor relación con otros, inexistente con otros y así. Relación hay. Nosotros dependemos del área programática del hospital Durand que es un departamento que está en el hospital. Todo lo que nosotros mandemos o hagamos, digamos, nosotros ponemos en conocimiento a nuestro jefe. Nuestro jefe de algunas cuestiones tiene que poner en conocimiento al hospital, en otras nos podemos manejar más libremente, o más directamente con aquellas secretarías, departamentos, servicios, programas a nivel central que dependen directamente del Ministerio de Salud sin tener que pasar por el hospital. Pero está, el contacto está. No es meramente una cuestión de formalidad, sino que hay de las dos cosas. Cuestiones formales y cuestiones que sí necesitamos el aval o la intervención del hospital.

**Lucía:** En el CePAD en particular articulamos con el hospital en laboratorio y en infectología. Las derivaciones las hacemos a esos servicios del hospital específicamente.

**Iara:** ¿Acá ustedes realizar extracciones? Porque el test rápido se hace todo acá, ¿no?

**Lucía:** El test rápido lo hacemos acá. En caso de que el test rápido te dé un reactivo, vos ese reactivo lo tenés que confirmar. Lo confirmás en el laboratorio del hospital. Nosotros hacemos la derivación al laboratorio.

**Karina:** El resultado vuelve acá.

**Iara:** ¿La extracción la hacen acá? ¿O se deriva el paciente?

**Lucía:** Se deriva el paciente.

**Karina:** La extracción para confirmar un reactivo preliminar que salió en el test rápido... van con derivaciones nuestras al laboratorio del hospital Durand. El resultado de esos estudios viene acá por sistema y el paciente viene acá a buscar sus resultados. Y si ese resultado se confirma hacemos la derivación al servicio de infectología del hospital Durand para que ese paciente sea seguido, sea visto por infecto del hospital.

**Sebastián:** ¿Y ahí termina su relación con el paciente?

**Lucía:** Si, exacto, ahí termina el circuito nuestro.

**Karina:** Salvo que surjan algunas otras cuestiones que tengan que ver con un acompañamiento psicológico o con un asesoramiento de otro tipo... pero ese sería el circuito.

**Iara:** Internamente, ¿cómo funciona la jerarquía dentro del centro?

**Karina:** En el Centro de Salud tenemos un jefe, como si fuese un jefe de servicio, jefe de unidad. Y el CePAD es como un dispositivo que funciona dentro del Centro de Salud que tiene referentes como interlocutores y para coordinar todo lo que haya que hacer.

**Iara:** ¿Por qué hay un CePAD en este centro y no en otros centros? ¿Cómo se elige en qué centro?

**Karina:** En realidad el CePAD acá surge por una necesidad del Área de Coordinación Sida de implementar el test rápido. Surge por objetivos que tenía en su momento el Área de Coordinación Sida que dependía del Ministerio de Salud de tener distintos centros de salud donde la gente se pudiera testear sin necesitar de la orden médica o haber pasado por un médico. Y poder diagnosticar tempranamente el HIV y poder tener una mejor calidad de vida aquellas personas que conviven con el virus y no reinfectar a otros. Surge desde ese lugar. Y Almagro era una zona donde no se estaban testeando o, al menos, en el ámbito público.

**Lucía:** Esto fue en el 2011.

**Karina:** En el 2011 empezamos con el CePAD haciendo la extracción convencional, extracción intravenosa. El resultado estaba en quince días. Y así es como surge en este lugar. En realidad, lo trajeron, la residencia de educación para la salud trajo la posibilidad de implementarlo en este centro, porque ya estaba siendo implementado en un centro en Chacarita, otro centro del hospital. Y bueno, buscamos el equipo de planta que pudiera llevarlo a cabo, más la residencia. Pedimos capacitación. Nos dieron la capacitación de Coordinación Sida porque Coordinación Sida lo que quería es abrir boca de testeo y acá no tenía ninguna, en esta zona, así que bueno y así fue cómo se instaló el CePAD acá.

**Iara:** ¿La residencia de educación para la salud cómo funciona dentro del centro?

**Lucía:** La residencia trabaja en lo que es el área programática del hospital, eso incluye los centros de salud que dependen del hospital que son dos: este y uno que es el centro 22 que está en Chacarita, que es este que nombraba Kari. Entonces lo que hacemos desde la residencia es distintas actividades de educación de la salud, promoción de la salud, en el hospital, en estos centros de salud y en escuelas o instituciones del área. Tenemos también salidas. En el caso acá del CeSAC, ¿hace cuánto está acá Kari?

**Karina:** ¿Como sede? Hace unos... no sé... la verdad que no sé-

**Lucía:** Bueno, hace unos cuantos años que estamos y vamos haciendo actividades, talleres, charlas. Y el CePAD es una de esas actividades que tiene la residencia. Trabajamos en conjunto, articulamos con los profesionales de planta que están en el CePAD, trabajamos juntos.

**Iara:** ¿Y se hacen estas actividades qué decís fuera del hospital y fuera de los centros? ¿Son del CePAD, sobre VIH?

**Lucía:** Se hacen por ejemplo consejerías sobre salud sexual que es un espacio donde los chicos de los secundarios pueden venir a hacer preguntas. Sale el tema de VIH, sale el tema del CePAD, como no, digo en

algunas sí y en otras no. Y hacemos talleres de salud sexual que también es un tema de los que se conversa, se promociona el espacio.

**Karina:** Sí, después, respecto del CePAD se promociona el testeo en distintas actividades. Por ejemplo, tuvimos una charla de salud sexual con una escuela para chicas y chicos hipoacúsicos. Dimos la charla y promocionamos el tema del testeo. La oportunidad que tenemos de promocionarlo, lo promocionamos.

**Lucía:** Mismo los médicos en las consultas también, promocionan que está esa posibilidad acá en el Centro de Salud. Hemos ido a la UNA a hacer la jornada de testeo.

**Karina:** Fuimos a la universidad de arte a hacer una jornada de testeo, donde hicimos el contacto previo con la gente del IUNA e hicimos un día una jornada donde los chicos iban a testearse. Fuimos con todo el equipo y los testeamos allá.

**Sebastián:** Otro tema que queríamos saber es en relación puntualmente al test, a nivel técnico, si tiene alguna marca, hay diferentes formas de hacer el test rápido y ustedes usan alguna en particular...

**Karina:** La técnica, digamos, el tema de qué material o qué marcas, eso a nosotros nos lo da el laboratorio del hospital Durand. Ya todos los que operan el test, tuvieron su capacitación, digamos, no es que cualquiera opera el test, tenés que tener una capacitación que la tenés de parte de bioquímicos y de profesionales que trabajan con este tema, ya sea del laboratorio o de Coordinación Sida. Todos los que operan el test tienen que tener la capacitación acreditada. Y aparte tenemos controles de calidad. O sea, todos los operadores tienen que pasar los controles de calidad que se realizan mensualmente. Control de calidad significa hacer un test con muestras que te mandan del laboratorio que ya tienen un resultado y entonces verifican si tu resultado es el mismo, el que vos les informas. Cualquier cuestión que tenga que ver un manejo distinto de los materiales para efectuar el test, la gente del laboratorio nos informa o nos capacita al respecto. Si viene una lanceta que se opera distinta a una anterior, te explican cuál es el nuevo procedimiento para que la lanceta funcione. Las marcas las manejan ellos. A nosotros nos dan el combo de todo lo que se necesita.

**Iara:** ¿Y no saben cuál es la marca que tienen? Para que nosotros podamos buscarla y ver cuestiones técnicas.

**Karina:** sí, sabemos cuáles son las marcas. Pero las especificaciones técnicas nos la informas en la capacitación. ¿Ustedes necesitan saber cómo es el funcionamiento de la tira?

**Sebastián:** Sí, como para poder hacer una descripción de cómo es el test.

**Karina:** Te digo, la marca es Alere. La marca estamos nosotros operando, la tira reactiva la marca es Alere. La tira lo que hace, supongo yo, es tener algún reactivo. Lo que mide son anticuerpos, es lo mismo que la intravenosa, lo que mide son anticuerpos. Supongo que tendrá algún reactivo esa tira que lo que mide es si esa sangre tiene anticuerpos para VIH.

**Lucía:** Lo que se hace es un pinchazo en un dedo de la persona, con una lanceta, que es como una agujita que sale disparada que ni se ve.

**Iara:** ¿Como la que usan los diabéticos?

**Lucía:** Exacto, como la que usan los diabéticos, el mismo sistema. Y con un capilar, que es como un tubito muy finito de vidrio, se recogen unas gotas de sangre del dedo. Y esa sangre es la que se pone en esta tira

que decía Kari. Es una tira que tiene dos ventanas. Según las líneas que salgan en esas ventanas, vos tenés la lectura del resultado. Y lo que detecta esa tira es anticuerpos en sangre. Los anticuerpos se generan si hubo exposición con el virus.

**Iara:** ¿Más o menos que período ventana tiene?

**Lucía:** Son treinta días. La técnica no lee los últimos 30 días. Lo mismo en el laboratorio, no es porque sea el test rápido. Los anticuerpos se empiezan a detectar desde que hay determinada cantidad en la sangre y ese tiempo que tarda en haber esa cantidad es de treinta días. Por eso el período ventana.

**Iara:** Bueno, creo que con lo del test estamos.

**Sebastián:** ¿Ustedes a conocen a otros centros o establecimientos que ofrezcan el test rápido acá cerca, en la zona?

**Lucía:** Sabemos que existen, pero no tenemos ningún contacto.

**Karina:** De la zona, acá en la zona, tenemos otros centros de testeo que dependen de Coordinación Sida, de esa área.

**Lucía:** Ahora en realidad se de Salud sexual, VIH y otras ITS.

**Iara:** ¿Eso es un departamento del ministerio?

**Lucía:** Es un programa del ministerio. Antes funcionaban separadamente lo que era salud sexual y VIH, y ahora son uno solo.

**Karina:** Y después sabemos que está funcionando, empezó a funcionar este año, Fundación Huésped con el test rápido. Antes hacían la punción venosa, pero ahora comenzó a hacer el test rápido que queda dentro del área. Queda en Gascón y Rivadavia.

**Sebastián:** Respecto a si tienen similitudes en la parte técnica o de funcionamiento o de los pacientes...

**Karina:** No, no conozco el funcionamiento. Sé que dan turnos. No es como acá que vienen por demanda espontánea. El mismo día que lo deciden vienen y se les hace todo. Sé quedan turnos, es lo único que sé. Después cómo es el mecanismo no lo conozco. Pero supongo que, si usan un test rápido, es el mismo que el nuestro. La técnica debe ser igual.

**Iara:** Y a dónde derivan ellos en caso de resultados positivos, ¿saben?

**Lucía:** No

**Karina:** En realidad nosotros no es que derivamos al hospital Durand, nosotros proponemos. Después el paciente si tiene una prepaga, obra social y no quiere ir al hospital... vos le das la información como para que después siga el camino.

**Sebastián:** O sea, si es el hospital Durand ustedes hacen el ida y vuelta interno con respecto a la información.

**Karina:** Exacto, coordinamos con infectología una entrevista.

**Sebastián:** Y si no, se lo lleva y ya sale del circuito de ustedes.

**Lucía:** Exacto.

**Sebastián:** A nivel objetivos suyos, de este centro, ¿da lo mismo si va y vuelve al Durand o si se va a otro? El objetivo de ustedes, más allá de que puedan continuar la atención y hacer un acompañamiento, pero..

**Karina:** Lo que pasa es que, si va al Durand, uno tiene un poco más de seguimiento del paciente si efectivamente inició un tratamiento y bueno, el objetivo de uno pasa por ahí también. Si no va al Durand, uno pierde el seguimiento del paciente. Pero en realidad nuestra función termina ahí. Nuestro objetivo es que la gente se teste y conozca su estado en relación al virus y pueda, digamos, tomar alguna actitud respecto de esto. Nuestro objetivo en realidad termina ahí. Después uno puede plantearse otras cosas.

**Sebastián:** ¿En el Durand tiene también es aparte de acompañamiento?

**Karina:** Sí, sí, hay todo un programa allá que está al servicio de infectología que trabaja con los pacientes que son HIV positivos. Y tienen psicólogos y tienen todo un equipo también para el perfil que trabajan conjuntamente con infecto. Sí, de hecho, nosotros ahora estamos viendo cuántos pacientes de acá derivados están haciendo tratamiento allá, cuántos continúan con el tratamiento cuántos no. Es un trabajo con el laboratorio, con infecto y nosotros.

**Iara:** El objetivo de que la gente conozca su estado, que se acerque a hacerse el estado y conozca su estado serológico, ¿por qué? ¿Por qué es importante que uno conozca su estado serológico?

**Lucía:** En principio conocer tu estado frente al VIH, lo que haces es que, si el VIH está, tengas un diagnóstico lo temprano posible, lo que te posibilita mejor calidad de vida, iniciar el tratamiento lo antes posible. Hoy el VIH es una enfermedad crónica. Muchas personas viven toda su vida con el VIH, como viven con diabetes, como viven con hipertensión. Hoy por hoy el tratamiento médico es con medicación y la persona vive toda su vida con el virus. Eso es cuanto uno lo detecte y empiece el tratamiento mejor va a ser. Una de las ideas del test rápido es el diagnóstico precoz o temprano.

**Karina:** Esto también posibilita que esta persona, conociendo su estado serológico, tome otros recaudos, también, a la hora de estar con alguien. Y a parte para esa persona que no se vuelva a reinfectar, sabiendo que ya tiene VIH que se tiene que seguir cuidando. Si se vuelve a infectar, después el tratamiento tiene alguna resistencia o dificultad. Además, con más carga viral, más posibilidades de infectar a otros. Y esto también es importante, porque si están en tratamiento y tenés baja carga viral, las posibilidades de que esa persona infecte a otro bajan también. Si tenés dando vueltas muchas personas con mucha carga viral, vas a tener más posibilidades de que la gente se infecte que con personas con una carga viral más baja y cuidándose. Pero es importante conocer el estado para comenzar el tratamiento lo antes posible. Y es una manera también de bajar el nivel de infección de la enfermedad. La estrategia del diagnóstico temprano es lo que se busca.

**Iara:** Es para poder controlar la carga viral tanto para la salud de uno como para las posibilidades de contagio...

**Karina:** Claro, porque si uno lo agarra como ya más avanzado o con ya enfermedades que ya te hablan de Sida, a veces podés volver a veces no. Entonces es más complicado. Las personas están quizá ya más comprometidas y bueno, es más complicado, más difícil. Es crónica, pero no significa que la gente no muera.

**Lucía:** Hacemos la distinción entre VIH y Sida. VIH es el virus que circula. Sida es cuando las defensas del cuerpo ya no pueden darle pelea a ese virus y se presenta ya la enfermedad. Por eso hablamos de VIH a veces y de Sida otras veces.

**Iara:** Por lo que estuvimos leyendo, si entendí bien, el primer período es importante porque el virus tiene como un pico, hasta que empiezan a aparecer los anticuerpos el virus crece. ¿Es así?

**Karina:** Depende de cada organismo. No sé, yo no soy médica. Debe depender de cada situación de la persona, de cada organismo, en qué estado estaba cuando se infectó, las defensas que tenía. Por eso es importante que vean al infectólogo. El infectólogo es el que sabe bien de estas cuestiones y lo va a asesorar y le va a dar el tratamiento adecuado para esa persona en función de los resultados que después surjan de otros análisis. Porque esto lo que detecta es anticuerpos, después cuando uno deriva al hospital, se hacen otros estudios que ya tienen que ver con la presencia de virus, como para confirmar que estos anticuerpos sean efectivamente de VIH y no de otras cosas. Porque sí puede tener falsos positivos este estudio de test rápido, pero no tiene falsos negativos. Negativos es seguro. Si da positivo, se deriva al hospital, pero no es un diagnóstico todavía, necesitamos confirmarlo. Porque estos anticuerpos que lee pueden estar obedeciendo a otra cosa y no a la presencia del virus del VIH. Es poco probable, pero hay casos en que sí, por eso es que se hacen estos otros estudios y no se da un diagnóstico ya de VIH. En estos otros estudios sí se hace análisis de sangre para detectar virus en el organismo y se vuelve a hacer este estudio de anticuerpos, pero ya es más específico, y otros que tienen que ver con el sistema de defensas de la persona. Entonces en función de eso y esos estudios, el infectólogo decide cómo se sigue.

**Iara:** Cuando se hace el test tradicional por extracción, ¿pasa lo mismo?

**Karina:** Pasa lo mismo, es la misma lógica. Esos anticuerpos hay que confirmar que sean de VIH, es el mismo método.

**Sebastián:** ¿Qué capacidad diaria o semanal de ofrecer el test? ¿Cuántos pueden ofrecer por día?

**Karina:** Mirá depende del día. Te puedo decir el número aproximado de testeos que hacemos por mes que son 100. Eso con el personal que tenemos y las horas que ofrecemos. Tenemos un promedio de 100 testeos por mes.

**Iara:** ¿Ese número podría llegar a aumentar?

**Karina:** Bueno, es un tema. Podríamos llegarlo a aumentar un poco, pero no una locura. Pero en el caso de que tengamos más gente, quizás se generan otras estrategias, o más horarios, o se busca más gente, se podría ver. En general nos vienen por Internet a nosotros, no nos vienen del barrio.

**Sebastián:** Porque antes no contaban de esta acción de un colegio donde lo ofrecieron, pero van a ofrecerlo allá el test, no es una promoción para que ellos vengan a hacerlo acá.

**Karina:** No, lo de la universidad lo hicimos allá. Pero siempre hablamos de los centros de testeo.

**Lucía:** Invitamos a que vengan para acá.

**Karina:** Invitamos acá e invitamos a cualquier centro de testeo.

**Sebastián:** Claro, promueven el test en general. Y pensando en comercios o una cosa que no sea tan establecimiento público o escuelas privadas. Pienso en algo que por ahí no tenga que ver con entornos educativos, comunitarios...

**Karina:** Estaría bueno. Nosotros en realidad, en su momento volanteábamos por supermercados, por otros comercios de la zona y a veces teníamos buena recepción de la gente. Bueno porque era nada, darles un papelito o algo. Sí, se podría intentar. No descartamos nada.

### 3era entrevista en el CeSAC N°38: 27 de enero de 2017

Participantes:

- Karina Angeleri: asistente social, coordinadora del programa local
- Lucía Marques de Paiva: residente de 3er año

**Iara:** ¿Hay algún dato de contacto que le gustaría que aparezca en las piezas para más información? ¿Una página o un número de teléfono?

**Lucía:** Kari, ¿el número de acá?

**Karina:** Sí, el número del CeSAC. Digamos es la misma información que van a encontrar en la página. Si es algo local, también pueden estar los horarios.

**Iara:** Sí, claro, la idea es que sea local.

**Karina:** Por eso te digo, ya los horarios se pueden incluir. El número de teléfono y la dirección, eso es fundamental. Y que no hace falta venir en ayunas. Cómo es un análisis de sangre, mucha gente piensa que quizás tiene que venir en ayunas y no hace falta. O sea, pueden venir después de ir al trabajo, antes de ir al trabajo y desayunar...

**Iara:** Perfecto. Está bueno para agregarlo a las piezas.

**Lucía:** Las claves son: no hace falta ayuno, no hace falta una orden médica (no tengo que tener una indicación que diga test de VIH) y es sin turno. Como que esas tres cosas son claves.

**Iara:** Otra partecita donde nos quedó un bache... Cuando se acerca una persona a hacerse el test, lo primero es la entrevista pre-test, después se hace el test y después hay una post-test.

**Karina:** Exacto.

**Iara:** ¿Se hace todo en el mismo lugar o tiene que ir a otra sala dónde se hace el test?

**Lucía:** Todo ahí mismo.

**Iara:** ¿Y con la misma persona?

**Lucía:** Con la misma dupla, de a dos se hacen las entrevistas, el testeo, todo.

**Sebastián:** Perfecto.

**Iara:** ¿Y qué pasa durante los 20 minutos...?

**Karina:** Sale, espera el resultado, ese mismo equipo entrevista a otros y cuando se hace la hora, antes de llamar a otro para entrevistar, llamás a la persona para hacerle la devolución.

**Iara:** ¿Esperan acá sentados?

**Karina:** Claro, esperan acá. O se van y vienen. Vos les decís: "dentro de 15 minutos más o menos está el resultado, a veces podemos tardar porque estamos entrevistando a otras personas". Pero 15 minutos seguro



tienen que esperar. Y sí, siempre es el mismo equipo que te hizo el pre-test, te hace la devolución. En general se atienden con duplas, salvo alguna excepción que hay a uno solo.

**Iara:** Entonces vos le hacés la entrevista pre-test, le hacés el pinchecito y ya sale la persona. Cuando ponés la muestra en la tira reactiva y demás, el ya no está, ni lo ve.

**Karina:** No, no. Vos le decís el resultado. O sea, el no ve el proceso de la tira si va cambiando de color, como con un *Evatest* que estás ahí mirando.

(Risas)

**Karina:** No, porque aparte, los reactivos, por ejemplo, en seguida se marcan, muy rápidamente. Entonces como vos le tenés que explicar los posibles resultados, tenés que tratar de evitar... vos le tenés que dar el resultado una vez que ya hayan pasado los 15 minutos, ¿sí? Porque la confirmación de ese resultado está después de los 15 minutos, no antes, por más que ya veas que está marcando algo.

**Iara:** Está clarísimo. ¿Y en general se queda la gente?

**Lucía:** Una sola nos pasó que se fue. Salimos a darle el resultado y no... la persona no volvió nunca más.

**Sebastián:** En las estadísticas del boletín de la Ciudad había un apartado sobre eso y decía que una de las ventajas del test rápido es que la gente recibe mucho más el resultado.

**Karina:** Claro, porque antes vos los citabas en 15 días. Vos le hacías la entrevista pre-test, se iban a sacar sangre y de esa sangre el resultado recién estaba a los 15 días. La gente tenía que volver a buscar el resultado y ahí era la entrevista post-test. Y muchos no venías, muchos, muchos, muchísimos no venían a buscar el resultado.

**Iara:** Eso es lo que decía. Que con el test rápido el 98% recibía el resultado, una cosa así. Bueno, les podemos pasar a contar cómo venimos con la campaña. Sebi, ¿les querés contar vos?

**Sebastián:** Bueno, nosotros en realidad vamos a pasar ahora a una instancia un poco más creativa de armado de la campaña. Definimos un público objetivo que nos imaginamos y tenemos ganas de trabajar. Y pensamos que estaría bueno trabajar con el concepto de la cercanía, la cercanía geográfica es lo que obviamente los une o los puede unir con ese público objetivo.

**Karina:** Claro.

**Sebastián:** Lo que estuvimos viendo que la enfermedad está puesta como en un lugar muy lejano en general para la gente, porque la información está lejana, porque los tratamientos son lejanos porque todo está como ahí. Entonces un poco lo que estuvimos laburando es ver la forma de que esa cercanía geográfica la usamos para usar una cercanía del test. Esto que decían de que no necesitás orden médica. Y posicionar un poco al test y al centro en el mismo lugar que a otros comercios del barrio, en el sentido de la confianza y del día a día. Algo que pasas caminando y podés hacerte el test.

**Iara:** Volvés de trabajo y pasás, no sé, por la fábrica de pastas y pasas por acá y te hacés el test. Como que es algo cotidiano, igual de cómodo...

**Sebastián:** Esto de la distancia por ahí con la enfermedad, nosotros lo vemos en la forma en que a veces se habla de la enfermedad de la prevención. Como un discurso muy... o directamente fatalista, o muy médico, muy formal. Y nosotros lo que hicimos fue decir bueno, imaginemos un *target* que pide como un tono un poco más amigable, un poco más de "te lo digo desde la confianza, de que somos vecinos, de que nos conocemos y que al centro le importa el barrio". Obviamente siempre manteniendo la formalidad, no es que somos amigos, pero con esa confianza. Así que la idea es ir un poco por ese lado. Y lo que nosotros vamos a armar para mostrarles son algunas piezas gráficas, una propuesta de activación en la vía pública para hacer algo un poco más lúdico, algo para tener acá también.

**Iara:** Pensamos en algunas de estas piezas gráficas repartirlas en comercios de la zona.

**Lucía:** ¿Pensaron folletería, en carteles?

**Iara:** Las dos cosas. Y lo que todavía tenemos que resolver es si hacemos radio o no hacemos radio. Nos gustaría hacer algo para radios locales, barriales. ¿Ustedes conocen medios locales?

**Karina:** Sí, hay algunas. En Gascón funciona una... sí, hay un par. Desde el centro de salud han ido a hablar a algunas.

**Iara:** ¿Les podemos mandar un mail para que nos pasen las que conocen? Porque no están todas en Internet.

**Lucía:** Sí, sí, claro.

**Iara:** Lo de radio es algo que no sé si después podremos efectivamente llevarlo a cabo, pero está bueno presentarlo como parte de la propuesta.

**Sebastián:** Lamentablemente no tenemos mucho más. Ya ahora esto es lo que nos queda para estos días y ya vamos a ir cerrando.

**Iara:** Nosotros, si bien obviamente el fin es llegar a todo el barrio, como cuestiones prácticas publicitarias, acotamos un poco el *target*. Lo definimos como hombres, de entre 35 y 45 años, sin estudios superiores, estudios primarios o secundarios y con esta idea de como muy afianzados al barrio, que viven acá hace tiempo, que tiene su carnicería, su panadería, su kiosco. Tiene como una identificación con su espacio.

**Sebastián:** Sí, eso desde lo actitudinal más que nada. Porque entendemos que, por ahí, no siente nada por el barrio, no le importa, le da lo mismo acá o en cualquier lado... No nos importa a nosotros darle la comunicación.

**Lucía:** Sí, que es el que viene. El que viene a testearse es ese. El que está de paso.

**Sebastián:** Claro, y por ahí vive en otro lado.

**Karina:** Claro, busca en Internet y viene.

**Sebastián:** Ese es uno que por ahí vive acá, pero labura en otro lado, entonces le queda como otro centro. Pero bueno, la idea era un poco validar esto, ver qué les parece la segmentación.

**Karina:** sí, está bien. Estás apuntando a una población que por la edad ya tendría que tener cierta estabilidad en el barrio. Si es más joven, quizás está de paso, o alquila o es estudiante, va y viene. No, no me parece mal en ese sentido. Si vos querés apuntar a gente que vive hace años en el barrio y va a seguir viviendo en el

barrio, me parece bien. Lo que sí, toda la franja más joven que es la que... Porque la franja que más viene a testearse es la de 20 a 35, no estaría. Pero está bien, porque apuntan a la franja que nos está faltando.

**Iara:** Eso es lo que pensamos.

**Karina:** Y les cuesta más incorporar el tema de la enfermedad y el uso del preservativo...

**Lucía:** Hombres solos, ¿por algo en particular lo pensaron para hombres solos?

**Karina:** Quizás porque nosotros les habíamos comentado que las mujeres tienen otras instancias de control.

**Sebastián:** Sí, tienen más control.

**Iara:** Sí un poco por eso y también por definir una estética, tal vez no les hablás igual. El tema de la edad, nosotros lo que pensamos, por lo menos en función de lo que vimos en las estadísticas de los boletines oficiales, es que el rango de edad de mayores casos positivos es entre 25 y 45, pero que los más jóvenes se testean más. Y además las otras campañas que vimos, como la de Elegí saber, apuntan a un público más joven. Entonces dijimos, bueno, nosotros vamos por un camino un poco distinto.

**Karina:** Me parece bien porque es esa porción de gente... Es el hombre que no usó preservativo en su juventud. Que se cuidó, pero con métodos desde el mito. Y es al que más le cuesta acercarse a un centro de salud, no solamente por VIH, sino para cuidar su salud. No va al médico, salvo que le duela algo.

**Sebastián:** Bueno, buenísimo.

*(Risas)*

**Sebastián:** No, nos reímos porque esto lo pusimos como una cuestión actitudinal... y un poco la pegamos. Pero sí, a esos a los que vale la pena hablarles.

**Karina:** Y, de hecho, esto es una percepción, ningún dato objetivo o científico, los hombres de esa generación son transmisores múltiples. Porque cuesta que incorporen pautas de cuidado, de sí y cuidado del otro. De hecho, es una cosa que está dando vueltas y si salen con mujeres jóvenes, porque también es un *target* que sale con mujeres 10 años menor, hay una cosa. Yo creo que habría que hacer algo.

**Sebastián:** Bueno, buenísimo.

**Iara:** Sí, fue más o menos como nos la imaginamos. Bueno, lo único que nos quedaría pendientes es pedirles si tienen algo del material actual que usan, algún folleto, o algo que podamos ver o si nos podemos llevar algo.

**Karina:** Sí, claro. Ahora les traigo.

**Iara:** Muchas gracias.

**Sebastián:** Sí, genial, muchas gracias. Les contamos cuando tengamos más novedades.