

La puerta de entrada

Un análisis de la experiencia de testeo rápido de VIH en los Centros de Atención Primaria de la salud en Cipolletti durante 2018-2019



Autoría
Daniela Isasi
Leg. 108161

Directora
Andrea Álvarez
Co-Director
Marcelo Loaiza

Universidad Nacional del Comahue
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Licenciatura en Sociología

General Roca / Río Negro
Octubre 2023

Resumen

En la presente investigación abordaremos la experiencia de aplicación del modelo de testeo rápido de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en la ciudad de Cipolletti, provincia de Río Negro, durante los años 2018-2019. Con este fin, reflexionar sobre políticas públicas en salud hace referencia al interés por desentrañar la responsabilidad estatal, acerca de las decisiones en materia de salud pública traducida en posibilidades de calidad de vida o muerte de la población. Tomaremos la perspectiva afirmativa de este concepto que aborda Michel Foucault entendiendo la biopolítica como forma de ejercicio del poder de hacer vivir (2008). Por lo tanto, el análisis de la experiencia de aplicación de este modelo nos lleva a interrogarnos sobre las dinámicas que se dan dentro del sistema de salud en la prevención de VIH; las articulaciones o tensiones que se presentan desde el Estado con organizaciones de la sociedad civil en este abordaje; el alcance que tienen las políticas en prevención de VIH en Río Negro y las estrategias posibles que se pueden incluir en el diseño de estas políticas. El Estado ha sido el principal organizador y administrador de la salud en las diferentes esferas de gobierno Nacional, Provincial o Municipal, en las funciones de aseguramiento, prestación y compra de servicios, con el objeto explícito de desarrollar y sostener un sistema de salud de calidad, fundamentado en la universalidad de las coberturas, la accesibilidad igualitaria y la solidaridad en el financiamiento. Queda por analizar en qué medida este rol es sostenido o soslayado en las políticas públicas en salud para el período de tiempo mencionado.

Agradecimientos

A mi mamá y a mi papá, por el amor, el respaldo y darme las herramientas siempre para crecer.

A mis hermanas, que son amigas incondicionalmente amorosas.

A Emi, Juli y Maite, la razón de mi felicidad.

A mis amigas sostén, compañeras, que sin ellas no estaría acá.

A mis amigos, siempre presentes desde su cariño.

A Nati, por entender la Sociología desde la cordura y la locura, con noches de dormir mal y estudiar mucho. Gracias por esa fuerza que siempre me empuja hacia adelante y me trajo hasta acá.

A Flor M., por el empujón inicial y su mirada profesional.

A Pablo, por sumar su magia en la portada de mi tesis.

A Juampe, por ese toque final

A mis compañeras y compañeros de carrera, con lxs que aprendí más que de Sociología.

A las y los docentes que me abrieron el mundo de la Sociología para cambiar y crear nuevos mundos.

A Andrea y Marcelo, por sus miradas siempre atentas, precisas y cariñosas.

A Estefi, por ayudarme a creer en mi palabra como impulso creador.

A Geo, por compartirme sus herramientas de la vida y de la calle.

A Dani, por el amor de arcoíris.

A la militancia, por no permitirme quedarme quieta nunca.

A la universidad pública, por cambiarme la mirada.

Índice de Contenidos

1. Introducción.....	7
1.1.Fundamentación y Objetivos de la Investigación.....	7
1. 2.Estrategias Metodológicas.....	9
2. Estado del Arte.....	12
2.1. Modelos de prevención de VIH y sida.....	12
2.2. Diagnóstico y Accesibilidad a los Test de VIH en Espacios de Salud.....	15
2.3. Relaciones entre Organizaciones de la Sociedad Civil y el Estado.....	19
3. Marco Teórico.....	22
3.1. Biopolítica y Modelo Médico Hegemónico.....	22
3.2. El Estado y la Políticas Públicas.....	23
3. 3. Organizaciones de la Sociedad Civil y Políticas Públicas en Salud.....	27
3.4. Entreabriendo la Puerta del Sistema de Atención Primaria de la Salud de Argentina en 2018-2019.....	30
4. Marco Contextual.....	33
4.1. Sistema de Salud en Argentina: crónica de un vaciamiento anunciado.....	33
4.2. Breve Recorrido por los Pasillos de la Salud Pública en Argentina.....	35
4.3. Los Gobiernos Rionegrinos y los Modelos de Salud.....	39
4.4. La Estructura del Sistema de Salud Público Rionegrino.....	42
4.5.Organizaciones de la Sociedad Civil y el Estado Rionegrino.....	46
5. La Prevención de VIH en Río Negro durante 2018-2019: ¿Una Política a Tiempo?	48
5.1.Marco Normativo e Institucional: el silencio del Estado.....	48
5.2.Capacitarse para sospechar.....	57

5.3. Mejor Prevenir que Curar.....	60
5.4.Un testeo sobre la Prevención de VIH en Río Negro.....	63
6. La Aplicación del Modelo de Testeo Rápido de VIH: ¿Disputas Entre el Estado rionegrino y las OSC?.....	67
7. Consideraciones Finales.....	76
8. Referencias bibliográficas.....	81
9. Anexo 1.....	94
10. Anexo 2.....	100

Índice de Figuras

Figura 1	Casos de personas viviendo con VIH en Argentina y ámbito de salud donde concurren a 2019.....	38
Figura 2	Zonas sanitarias y hospitales cabecera de Río Negro.....	43
Figura 3	Ubicación geográfica de CAPS seleccionados.....	44
Figura 4	Diagnósticos tardíos de VIH 2018-2019....	54
Figura 5	Defunciones por sida cada 100.000 habitantes 2018	54
Figura 6	Oportunidad de diagnóstico en Río Negro año 2019	56

Abreviaturas

4 H	Homosexuales, <i>hookers</i> -trabajadorxs sexuales-, hemofílicos y <i>heroin users</i> – heroinómanos-.
AHF	Aids Healthcare Foundation.
APP	Análisis de Políticas Públicas.
APS	Atención Primaria de la Salud.
CAPS	Centro de Atención Primaria de la Salud.
CePAT	Centro de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y Sífilis.
DAPA	Departamento de Atención Programada para el Área.
DSyETS	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
MMH	Modelo Médico Hegemónico.
ONG	Organizaciones No Gubernamentales.
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SSP	Sistema de Salud Pública.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

1. Introducción

1.1. Fundamentación y objetivos de la investigación

En la presente investigación, abordaremos la experiencia de aplicación del modelo de testeo rápido de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en la ciudad de Cipolletti, provincia de Río Negro, durante los años 2018-2019. De esta manera, el recorte experiencial se sustenta en el proceso de capacitación en los CAPS en la ciudad de Cipolletti en los años 2018 y 2019, el cual formó parte de los inicios de un proceso de coordinación desde AHF¹ (Aids Healthcare Foundation) para trabajar la prevención en VIH en conjunto con el Hospital Dr. Pedro Moguillansky de esta ciudad.

En los hospitales del sistema de salud pública de Argentina, según Fundación Huésped (s/f) existen dos tipos de test: el llamado ELISA (ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas) que es una extracción de sangre por el antebrazo y se realiza en un laboratorio, y el test rápido, en el cual se efectúa la lectura del resultado sobre una tira reactiva a través de la extracción de una pequeña cantidad de sangre de la yema de un dedo y cuyo resultado se obtiene en quince minutos. En ambos casos, si el resultado es reactivo, se realiza una extracción de sangre para detectar la carga viral y el nivel de CD4 (defensas). El análisis de VIH es voluntario y confidencial. A su vez, se recomienda a todos los miembros del equipo de salud informar y ofrecer la prueba de detección del VIH con información a todas las personas que entren en contacto con el sistema de salud independientemente de la causa de la consulta. Por otro lado, no requiere orden médica para su realización². Cabe aclarar, que en los hospitales y centros de salud está disponible el test de VIH gratuito.

La detección temprana es fundamental para iniciar el tratamiento rápidamente y lograr prevenir la transmisión, ganar calidad de vida y años potenciales de vida productiva y evitar que las personas mueran de manera prematura e innecesaria. Las ventajas que

¹Aids Healthcare Foundation (AHF), es una organización global sin fines de lucro que brinda medicina de vanguardia y defensoría a más de 1,650,000 personas en más de 45 países. Fundada en 1987, actualmente es el mayor proveedor de atención médica en respuesta VIH y sida a nivel internacional.

² Establecido en la Resolución E 55/2017 del Ministerio de Salud de la Nación, donde se instituye la no obligatoriedad de una orden firmada por un médico para la realización y/o procesamiento de las pruebas para detección del virus del VIH, en todo el sistema público, bastando la simple solicitud y la firma del consentimiento informado de las personas interesadas en cualquier lugar donde se realicen los test. Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-55-2017-270811>.

supone este modelo tienen que ver con eliminar las barreras de costo, tiempo y distancia para las y los usuarios de la prueba, así como las barreras burocráticas e intra-institucionales que significan los espacios de salud pública y privada. Reflexionar sobre políticas públicas en salud hace referencia al interés por desentrañar la responsabilidad estatal, en sus complejidades, acerca de las decisiones en materia de salud pública traducida en posibilidades de calidad de vida o muerte de la población.

Es por esto que analizar la experiencia de aplicación del modelo de testeo rápido de VIH como política pública de prevención en salud en atención primaria en la ciudad de Cipolletti durante 2018-2019, nos interesa como puntapié para pensar la prevención.

Por lo tanto, el objetivo general se orienta a analizar la experiencia de aplicación del modelo de testeo de VIH entre 2018 y 2019 en centros de atención primaria de la salud en la ciudad de Cipolletti. Lo que nos lleva a preguntarnos ¿qué dinámicas se dan dentro del sistema de salud a la hora de pensar la prevención en VIH? ¿Cuáles son las articulaciones y tensiones que se presentan desde el Estado con organizaciones de la sociedad civil en esta materia? ¿Qué alcance tienen las políticas en prevención de VIH en Río Negro? ¿Qué estrategias posibles se pueden incluir en el diseño de estas políticas?

De esta manera, buscamos

- a) Identificar y sistematizar políticas públicas en prevención de VIH en el sistema de salud público de la provincia de Río Negro,
- b) revisar el alcance del modelo de testeo rápido de VIH como política pública de prevención en salud en el nivel provincial y local,
- c) caracterizar las articulaciones y tensiones entre diferentes niveles estatales, organizaciones de la sociedad civil (OSC) e instituciones,
- d) describir el proceso de capacitación y testeo rápido de VIH en nueve (9) centros de salud de la ciudad de Cipolletti durante el 2018 – 2019,

Luego de introducir los objetivos, presentaremos las estrategias metodológicas que estructuran este proceso investigativo.

1. 2. Estrategias metodológicas

Como mencionamos, nuestra investigación se orienta a dar cuenta y analizar experiencias en aplicación de políticas públicas en salud, por lo que resulta pertinente enmarcarla en el abanico de investigaciones cualitativas. Nos centramos en la reflexión sobre políticas públicas en salud y la especial atención en desentrañar la responsabilidad estatal en las decisiones en materia de salud pública.

Al mismo tiempo, se parte del reconocimiento que la perspectiva adoptada en nuestra investigación no es neutral ni objetiva. Por lo que se busca dar cuenta del lugar de investigadora, sosteniendo una actitud reflexiva sobre el proceso de conocimiento, es decir, sobre la propia mirada: “la reflexividad es una habilidad humana presente en las interacciones sociales y precisamente por esto se hace presente en la investigación cualitativa” (De La Cuesta Benjumea, 2003, p.4). Sin embargo, realizar una investigación desde la propia experiencia implica tener cierto distanciamiento para realizar preguntas y sostener una mirada crítica, sin dejar de lado la subjetividad involucrada en el proceso. Nuestra actitud, entonces, no puede ser totalmente distanciada ni totalmente comprometida (Elías, 1990).

La revisión del lugar de investigadora en Ciencias Sociales, siempre implica una serie constante de preguntas y repreguntas, de cuestionamientos sobre nuestro lugar en el proceso de investigación como parte del mundo social que investigamos:

La reflexividad involucra al investigador en un estudio no como protagonista sino como actor. (...) El investigador no se borra en un estudio cualitativo, sino que, por el contrario, se convierte en un instrumento, un vehículo para obtener datos y comprender la experiencia del otro. (...) La reflexividad convierte al investigador en actor de su estudio e instrumento de la indagación, con que construye el diseño como producto de las decisiones que toma. (De La Cuesta Benjumea, 2003, p.4 y 5)

De esto se desprende el interés por resaltar la propia trayectoria en el área de salud y el compromiso con la temática. En este sentido, Pecheny (2008) aporta: “la pregunta sobre quiénes investigan tenga al menos dos respuestas: investigan quienes tengan interés, capacidad y compromiso, e investigan quienes compartan intereses, demandas, reivindicaciones y sueños con los de los sujetos investigados” (p.12).

Por su parte, la indagación acerca de la aplicación de las políticas públicas en salud debe ser interpretada desde los supuestos establecidos por la Constitución, la legislación

vigente, sus decretos y en relación con lo que las y los trabajadores del sistema de salud y las y los funcionarios, pueden dar cuenta.

La discusión con integrantes de la comunidad científica también forma parte de la validación dónde el cuestionamiento de los presupuestos teóricos y experienciales se ven sometidos a crítica para complejizar la investigación.

En esta línea, el material documental y entrevistas abiertas en profundidad constituyen las técnicas de recolección de datos utilizadas. En relación al material documental, se incluye la búsqueda en sitios especializados donde se encuentran establecidas las políticas públicas en salud como la Dirección Nacional de Sida, la página web del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro y el Departamento de Enfermedades Transmisibles. Sumado a esto, se analizaron artículos periodísticos, legislación vigente, registros por parte del personal de salud de experiencias en relación a VIH, informes epidemiológicos, documentación legislativa, los cuales fueron seleccionados en función de a) la periodización establecida -los años 2018 y 2019- y el territorio elegido, la Provincia de Río Negro b) palabras clave como Políticas Públicas en salud y en VIH, c) referencias de actores sociales a estas políticas públicas (Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, autoridades estatales pertinentes como la Jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles, personal de salud involucrado en prevención de VIH, etc.). Cabe aclarar que el recorte temporal obedece a los años en los que se llevó a cabo la capacitación en testeo rápido de VIH a los CAPS de la ciudad de Cipolletti.

A su vez, las entrevistas abiertas en profundidad obedecen al muestreo intencional, por el cual se realizaron a la jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Provincia, a la médica infectóloga del hospital de Cipolletti, a un enfermero y una médica de dos centros de salud así como al director de una ONG que trabaja en materia de prevención de VIH y sida³. En las decisiones de muestreo de nuestra investigación, las y los entrevistados fueron elegidos teniendo en cuenta por un lado la pertinencia en la temática, tanto de la ONG así como de agentes del sistema de salud con el objetivo de incorporar diferentes miradas de acuerdo a sus jerarquías así como en relación a su interés en la problemática. Al mismo tiempo, se seleccionaron nueve Centros de Salud de la

³ Utilizaremos sida en minúscula debido a que es un acrónimo y ya se ha incorporado a la lengua cotidiana como una palabra común (Hernández Perera, 2011).

Ciudad de Cipolletti, que fueron elegidos por la infectóloga⁴ para brindarles capacitaciones teniendo en cuenta la disponibilidad de los espacios y de las y los trabajadores de salud.

Finalmente, es necesario comentar que la decisión de utilizar distintas técnicas de recolección de datos reside en que poder analizar experiencias en relación a políticas públicas resulta de gran complejidad por las variables y el contexto que se estudia.

En lo siguiente, realizaremos el recuento bibliográfico necesario para poder analizar luego junto a otras fuentes, los objetivos establecidos.

⁴ La relación con la infectóloga del hospital de Cipolletti, comenzó cuando se empezaron a ampliar las redes de trabajo en la ONG.

2. Estado del Arte

2.1. Modelos de prevención del VIH y sida

Como inicio de esta investigación, nos interesa abordar la historia del VIH y el sida en el mundo; los modelos de prevención de VIH y los debates que surgieron desde la aparición de esta infección en los años ochenta. Consideramos fundamental realizar esta recapitulación para entender los abordajes actuales en políticas públicas frente a la epidemia del VIH y sida en nuestro país y específicamente en la provincia de Río Negro.

El anuncio de la existencia del VIH se llevó a cabo en una rueda de prensa en 1984 en Washington. Años de gobiernos de Ronald Reagan en EEUU y Margaret Thatcher en Inglaterra con gestiones neoliberales que también se desarrollaron a lo largo y ancho del planeta. Lo que estaba aconteciendo previo al anuncio del VIH tenía que ver con una serie de categorías que generaba el discurso de los medios masivos de comunicación y el discurso médico hegemónico; por ejemplo los discursos de culpabilización y estigmatización de ciertas poblaciones asociadas al sida o el riesgo de ciertas prácticas sexuales entre otros, como se podrá apreciar más adelante.

La década de los ochenta, actualizó los debates en torno a la educación sexual a nivel mundial con la aparición de la epidemia del VIH y sida, y posteriormente con la problematización de los embarazos en la adolescencia (Morgade, 2006). Ambos fenómenos fueron comprendidos por algunos sectores hegemónicos como “emergencias” que desplegaron un escenario de muerte y temor. En este contexto, el acento en la prevención cobró relevancia y el enfoque biomédico tomó las riendas del asunto.

En este recorrido histórico, nos detendremos en el estudio de John Harold Estrada M. (2006) sobre los tres modelos de prevención en la lucha contra el VIH y el sida. El primero, llamado “modelo epidemiológico-conductual”, fue aquel que se implementó a través de políticas públicas en prevención en los distintos gobiernos en la década del 80, asociando la transmisión de VIH a homosexuales y a lo que se llamó grupos de riesgo o las 4 H (homosexuales, *hookers* -trabajadoras sexuales-, hemofílicos y *heroin users* – heroínómanos-). De esta manera, las acciones se orientaron a homosexuales y personas con conductas “desviadas”. Este modelo heteronormado y adultocéntrico, dejó a grandes poblaciones de lado, como los varones heterosexuales, asumiendo una mirada moralista. A su vez, parte del supuesto que las personas son sujetos racionales, que pueden sopesar los costos y beneficios de sus acciones en un momento determinado con la información que tienen a su alcance. Nos enfrentamos, claramente, a un modelo centrado en las conductas

individuales de riesgo. A partir de 1991 con el “Modelo Antropológico Cultural” cambió el foco de pensar “grupos de riesgo” a visualizar “factores de riesgo”. Consideramos que este modelo tiene un aspecto favorable que se orienta a incorporar los riesgos del VIH a las prácticas eróticas, y su gran aporte fue “integrar una mirada construccionista del diseño de los programas de prevención, permitiendo particularizar las estrategias y, asimismo, adaptar las intervenciones de acuerdo con las singularidades, las particularidades y el entorno social de los individuos” (Estrada, 2006, p. 95). Debido a que algunas críticas a este modelo hacen referencia a su tendencia a ser culturalista y psicologista, los aspectos estructurales fueron aspectos tenidos en cuenta para abordar la infección de VIH.

El “Modelo Económico-Político” surge a finales de los noventa y a principios del S. XXI, reemplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Parte de las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y son condicionantes estructurales para lograr conductas individuales saludables. Los comportamientos individuales entonces, están condicionados por el acceso a recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan, que se encuentran distribuidos de manera desigual y atravesados por diferencias de clase, que hace que algunas personas estén expuestas a mayor riesgo que otras. En este sentido, las intervenciones comunitarias y el empoderamiento de las “minorías” sociales, van a ser el modelo de abordaje desde una mirada de desigualdad estructural económica, política, social y cultural que determinan la epidemia de VIH y sida. Consideramos que este modelo es el más apropiado para abordar la temática, pensando estos factores como condicionantes de las conductas individuales y determinantes de la epidemia.

En 1997, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), “la promoción y protección de los derechos humanos a través del perfeccionamiento de la legislación, es un factor esencial para la prevención y control de la enfermedad” (p. 6). De esta manera, la legislación debe respaldar,

Por un lado, los derechos y garantías que hacen a la dignidad de las personas, y por otro, promover la posibilidad del acceso a la salud, exigiendo en este aspecto al Estado que establezca las condiciones y desarrolle las actividades que lo hagan efectivo. (ONU, 1997, p.6)

Los estudios desde los derechos humanos y sexualidades en Argentina que se inician en 1983, como el de Mario Pecheny y Mónica Petracci (2006), presentan un

panorama de la situación de los derechos que tienen que ver con la sexualidad en la Argentina contemporánea. Durante los años 80,

El discurso epidemiológico aludía a comportamientos y grupos de riesgo, entre los cuales se encontraban típicamente los homosexuales. (...) La discriminación por VIH/sida es un fenómeno de "sinergia de estigmas", en el que la histórica degradación moral de la homosexualidad y las personas homosexuales fue su faceta más distintiva e inicialmente visible. (...) el sida terminó convirtiéndose en un vector de reconocimiento de los derechos de las personas homosexuales como consecuencia de la visibilidad forzada de la diversidad sexual que provocó la epidemia. (p. 17)

No fue, sino hasta 2008, que mediante la declaración "Prevenir con Educación" en el marco de la XVII Conferencia Internacional de sida en la ciudad de México, se recupera y organiza en la modalidad de un pacto internacional la necesidad de educación sexual en clave de prevención. Desde esa perspectiva se posiciona esta investigación, basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la que las familias y las comunidades se desarrollan plenamente (Báez, 2018). Nos incluimos en esta mirada ya que implica entender a las políticas públicas en prevención de VIH y sida en un anclaje puesto en los derechos humanos frente a la histórica discriminación y estigmatización de las personas que viven con VIH.

La perspectiva sobre la epidemia en Argentina fue cambiando a lo largo de las décadas, principalmente a partir de 1990. La medicación antirretroviral fue uno de los factores que influyó en esta realidad (Durán y Bloch, 2009); así el sida dejó de ser una sentencia de muerte a la hora del diagnóstico y se convirtió en una infección crónica. Al mismo tiempo, el cambio de consumo de drogas (como las inyectables) y el aumento del uso de preservativos en algunos grupos sociales (Durán y Bloch, 2009, p.39) contribuyeron a cambiar la mirada y empezar a trabajar la epidemia desde la prevención y los derechos humanos. En este marco se ubica la sanción de la ley de Educación Sexual Integral N° 26.250, es decir, la educación sexual integral como un derecho, y en su artículo 1 se establece que

Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal.

Puesto que esta ley ubica a la educación sexual en una mirada integral, entendiendo “aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos”, vemos un cambio de paradigma en el abordaje de la sexualidad en las instituciones educativas.

En efecto, nos interesa retomar la investigación realizada por Soledad Analía Pérez y Serena Perner (2018) que parte desde una perspectiva de la salud como derecho humano. Plantean como hipótesis la distancia existente entre el plan de salud vigente en la provincia de Río Negro y la realidad sobre cómo se garantiza el derecho a la salud en un centro de atención primaria de San Carlos de Bariloche. Concluyen en su trabajo que “la adopción de una retórica de derechos tanto en la constitución provincial, como en el plan de salud, no se corresponden con las experiencias relatadas por quienes cotidianamente trabajan en terreno” (p. 369). En este trabajo, se evidencia que el derecho a la salud muchas veces se garantiza a partir de la construcción de nuevas institucionalidades en y desde el territorio. Según los relatos de las y los efectores de salud de este espacio: “el derecho a la salud se efectiviza a partir de prácticas de algunos actores que intervienen sobre las estructuras; no se trata de medidas implementadas “desde arriba” (p. 368). Según las autoras, esto se evidencia a nivel presupuestario, en la implementación de políticas universales con poca orientación hacia su anclaje local, en la accesibilidad a la salud, etc. Es “desde el nivel local desde donde se han realizado propuestas progresivas en relación a modificaciones en la gestión” (Pérez y Perner, 2018, p. 367). Analizar las diferencias o discontinuidades entre lo proclamado por las políticas públicas sanitarias en la provincia y cómo se sostienen en el sistema de salud por parte las y los efectores, permite ubicarnos desde una mirada crítica, anclando nuestro análisis en el diagnóstico y la accesibilidad al test de VIH.

2.2. Diagnóstico y accesibilidad a los test de VIH en espacios de salud

Como mencionamos anteriormente, muchas políticas se construyen en y desde los territorios. Para comprender la accesibilidad en Argentina, es importante entender las características de la oferta pública (Recorder et. al., 2012). En este sentido, es interesante recuperar estudios realizados por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación en 2008, donde se muestra que

En todos los hospitales y en el 60% de los centros de salud revelados se hacía el test de VIH. Se identificaron circuitos diferenciales y un mayor acceso de las mujeres embarazadas al test de VIH y sífilis, si se compara con la población general y los sectores vulnerables (...). Se reveló también una amplia variabilidad en la organización de los equipos de atención, respecto a los componentes del proceso

diagnóstico (trabajo en equipo, esquema de turnos, condiciones edilicias, incorporación de voluntarios, integración con servicio social, farmacia y laboratorio). Según los efectores, se observaron diferentes sistemas de turnos y lugares de realización del test, con días/horarios específicos y pérdida de pacientes a causa del ordenamiento. (Recorder et. al., 2012, p. 37 y 38)

De esta manera, la DSyETS, estableció en 2008, una serie de tareas para mejorar la atención en la prevención de VIH y sífilis:

- Difusión de los circuitos existentes para realizar el diagnóstico de VIH y sífilis
- Revisión de los circuitos establecidos (modalidad de turnos, lugares, horarios, tiempos de espera, pedidos de órdenes, etc.).
- Capacitación permanente a personas clave tales profesionales, técnicos o administrativos que, por su tarea cotidiana y/o interés particular, estén en condiciones de ofrecer las pruebas de VIH y sífilis (obstetras, clínicos, ginecólogos, trabajadores sociales, enfermeros, etc.).
- Oferta de test de VIH y sífilis a parejas de mujeres.
- Realización de campañas de testeo.
- Creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (CePAT)
- Implementación extendida de pruebas rápidas.
- Debate y generación de nuevos consensos que mejoren la accesibilidad al diagnóstico, con procedimientos de laboratorio ágiles y eficaces (Recorder et. al., 2012, p. 38 y 39)

De este modo, vemos que este tipo de estrategias viene siendo en Argentina una preocupación en función de la accesibilidad al test de VIH, de allí que es necesario un conjunto de mecanismos para abordar la problemática. Analizando los antecedentes en relación al diagnóstico y realización de test rápidos de VIH en espacios de salud, podemos recurrir a María Valeria Levite (2016), quien nos aporta una revisión de la literatura estadounidense sobre barreras institucionales para el diagnóstico de VIH. Allí expone que

Si bien, desde el año 2006 se recomienda que en todos los centros médicos de ese país se ofrezca, como parte de la rutina, la prueba de VIH, la recomendación no tuvo el éxito esperado. Los resultados de la revisión refieren que en los profesionales de la salud aparecían barreras que son comunes a cualquier actividad de prevención de la salud como falta de tiempo y problemas de prioridades. Además de éstas, se observaron algunas específicas del VIH, tales como un

complejo proceso para el consentimiento informado y complicados requerimientos para la consejería pre-test. (p.19)

En otro informe realizado por el Equipo de Salud Sexual de San Carlos de Bariloche del período comprendido entre 2017-2019, sistematiza la experiencia de actividades realizadas en diferentes ejes: consultorio de Salud Sexual, testeos de VIH e ITS, análisis de las Campañas 2017-2019 mediante utilización de test rápidos, diversidad, el trabajo en el Penal N° 3, capacitaciones, gestiones internas e ILE. En el mismo se especifican distintos puntos de importancia: en primer lugar, la accesibilidad es fundamental, ya que se destaca como necesidad la continuidad de la modalidad de demanda espontánea y el horario de atención de 13.30 a 15.30, adecuado para la población trabajadora. El “acceso para el género masculino y población joven y adulta (...) presenta un aumento sostenido de las consultas de más del 25% interanual” (p.3). Sumado a esto, “el hecho de que se continúe con consultas de otros servicios del hospital y de los centros de salud obliga a continuar con estrategias de fortalecimiento con estos sectores de los espacios donde la comunidad acceda a la atención, en busca de no perder las oportunidades de acceso, atención y tratamiento en todos” (p.3). Por otro lado, en relación al diagnóstico de las ITS en general y la situación epidemiológica nacional, provincial y local de sífilis, evaluaron que son infecciones en aumento que requieren de una vigilancia epidemiológica constante y que el uso de preservativo en las relaciones sexuales sigue siendo una debilidad. En este punto es necesario preguntarse si esto se analiza como una debilidad en las prácticas de la población o de la promoción preventiva. En cuanto a las campañas de prevención como modalidad diagnóstica y fuera del sistema hospitalario, demuestran ser exitosas para población joven que no es captada por el mismo y duplicación de testeos, es por esto que resulta necesario continuar con estas iniciativas. El último punto refiere a los recursos humanos o personal de salud disponible: “todo el trabajo realizado se viene desarrollando con la misma carga horaria asignada desde fines de 2017 y con la incorporación de 4 nuevos integrantes, de los cuales 3 lo hacen por el sistema de rotación voluntaria” (Equipo de Salud Sexual, 2019, p. 4).

Este tipo de consultorios tiene su historia en los Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y Sífilis (CePAT), dispositivo creado en el 2008 desde la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación, que consistió en “una política preventiva-asistencial basada en el reconocimiento de los desarrollos locales de cada jurisdicción y sus particularidades. Política que incluye, entre sus lineamientos

estratégicos, mejorar la accesibilidad a las pruebas/test de VIH y sífilis con asesoramiento” (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

El estudio y análisis de esta fuente secundaria nos ha demostrado que es uno de los pocos registros y sistematizaciones existentes pertinentes a la aplicación de esta política y experiencias desde los equipos de salud, lo cual no ocurre por parte de las autoridades oficiales del Ministerio de Salud. En el registro del informe del Centro de Salud de Bariloche, vemos la importancia de una política activa, flexible y atenta a las necesidades de la población. A su vez, las campañas de prevención fuera del sistema hospitalario contribuyen a llegar a población joven que de otra manera no asiste a este espacio.

Por su parte, la “Unidad de SIDA y ETS, El Galpón⁵”, en la ciudad de Viedma, realizó un “Informe de situación” en 2005, donde se puede identificar un documento epidemiológico en función de los registros hospitalarios de infecciones de transmisión sexual por rango etario y sexo así como de los motivos por los cuales la población no utiliza preservativo. La accesibilidad del preservativo en el sector sanitario se identifica la variable “recurso humano” como limitada y el acceso a los preservativos se da mayoritariamente por la compra en sitios como kioscos (de un 70.59% de la población). Así es como el personal de salud, que muchas veces puede ser un factor de accesibilidad o “un verdadero obstáculo”, necesita la capacitación continua y la incorporación de máquinas expendedoras de preservativos (El Galpón, 2005, s/n). Una de las conclusiones más importantes a las que arriban tiene que ver con que

Es deber de las políticas comunitarias y comunales efectivizar la implementación de todo proyecto tendiente a la prevención de epidemias como el VIH/SIDA. Está comprobado mundialmente que las inversiones en prevención requieren mucho menor costo que la asistencia a la enfermedad y por lo tanto redundaría en una sociedad con mejor calidad de vida. (El Galpón, 2005, s/n).

Luego de este abordaje sobre la accesibilidad del test en el sistema de salud, nos interesa recuperar otros actores en esta problemática como el lugar de las OSC y el Estado así como sus posibles vinculaciones.

⁵ “El Galpón” funciona como una asesoría específicamente dedicada a la prevención y tratamiento de VIH y SIDA así como a infecciones de transmisión sexual, en el Hospital Area Programa “Artémides Zatti” de la ciudad de Viedma, en Río Negro.

2.3. Relaciones entre organizaciones de la sociedad civil y el Estado

Según la investigación de Marita Sánchez (2013), “Políticas de salud y sociedad civil: El caso del VIH-sida”, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) argumentan que en cuanto a la prevención de VIH en Argentina, las campañas “han disminuido por decisión política por parte del Estado y que esta decisión debería revertirse” (p.10). Es por esto que “deben llegar a los medios de comunicación, ser sostenidas en el tiempo, encaradas por los gobiernos nacional y provinciales, no estar solo dirigidas a la población heterosexual y [...] no [confundir] genitalidad con educación sexual” (Sánchez, 2013, p.10). Las organizaciones orientadas a la prevención de VIH así como de diversidad sexual generalmente relacionadas con esta temática, son las que suelen recibir las demandas de la sociedad civil y las que se encuentran con los diferentes niveles estatales para hacer cumplir las leyes, denunciar todo tipo de incumplimientos de las mismas como de las políticas públicas y derechos vigentes.

Asimismo, respecto del sistema de salud observan grandes deficiencias, argumentan que el Estado debería “ocuparse más del acceso a los servicios e implementar mecanismos de capacitación y exigencia con los profesionales en cuanto al trato a los pacientes y el presentismo en los servicios” y estiman que “la distribución de preservativos es precaria y tendría que estar más estructurada” (p.10). El papel de las ONG sigue siendo relevante en lo que corresponde a la capacitación del personal de salud del sistema público, privado y obras sociales así como acciones para la reducción del estigma. A su vez, exigen que el Estado tenga un rol más activo en las políticas sociales por un lado, con aspectos concretos como la distribución de preservativos en todo el país, y por el otro, con respecto a la salud integral de las personas que viven con VIH, como el acceso a la alimentación, al trabajo y la vivienda, y el mejoramiento del acceso a los espacios de salud especialmente de la población trans -buscando disminuir la discriminación y el estigma-.

En relación al VIH y al sida, específicamente en cuanto al tratamiento antirretroviral, podemos identificar la gran injerencia estatal. Sin embargo, si indagamos sobre la prevención y promoción en la materia, se abren muchos interrogantes en lo que las OSC entran en juego. En la implementación de políticas públicas en prevención de VIH y sida, la *expertise* (sobre ciertas áreas de la vida social, y en ciertas problemáticas sociales) (Jones y Cunial, 2017) de las OSC constituye un factor de relevancia cuando pensamos el rol de las mismas en su relación con el Estado. Con respecto esta *expertise*, el Estado puede tomar distintas posturas; negociar, cooperar, confrontar o negar (Jones y Cunial,

2017). Esos diferentes tipos de vínculos pueden encontrarse simultáneamente con una misma organización y en un mismo período histórico con variaciones. En su trabajo, estos autores describen y analizan las interacciones de las OSC (identificadas con un credo religioso, que se dedican al tratamiento del consumo de drogas) con el Estado, otras OSC y otros actores no estatales. Así es como

Las OSC religiosas son actores social y políticamente legítimos para ofrecer atención socio sanitaria ante el uso de drogas. Esta legitimidad se sustentaría en que anteceden temporalmente a la respuesta estatal al problema, cuentan con una *expertise* singular para brindar tratamiento (que las diferencia de los programas seculares y/o estatales) y poseen una inserción sostenida en el tiempo entre aquellos grupos considerados principales afectados por esta problemática (sectores populares residentes en barrios marginalizados. (Jones y Cunial, 2017, p.4)

Luego de realizar esta revisión bibliográfica, consideramos que abordar las políticas públicas en prevención de VIH, implica enmarcarlas desde un modelo en el que la epidemia se analice teniendo en cuenta las desigualdades económicas, políticas y sociales y los derechos humanos como el derecho a la salud que debe ser garantizado desde el Estado.

En este trabajo, se evidencia que el derecho a la salud se garantiza muchas veces a partir de la construcción de nuevas institucionalidades en y desde el territorio, en los cuales las acciones de los ciertos actores y actrices tienen como consecuencia una modificación de las estructuras más que desde políticas implementadas jerárquicamente. Entender a las y los agentes con capacidad de cambio, de agencia sobre la estructura social que les constituye, es entender la sociedad como proceso, transformable, no de manera estática. Las y los agentes al transformar la sociedad se transforman, porque son parte y no cosas separadas.

Vemos entonces, la importancia de una política activa, flexible y atenta a las necesidades de la población y a la realidad del sistema de salud. La *expertise* de las OSC puede aportar a la hora de diseñar y ejecutar las políticas públicas en prevención de VIH y sida.

Finalmente, vemos que existe una gran distancia entre el plan de salud rionegrino y su implementación así como una escasa sistematización de la implementación de políticas públicas de VIH en el sistema de salud de la provincia por parte de las autoridades oficiales

del Ministerio de Salud o de los espacios oficiales pertinentes a la aplicación de estas políticas, pero si se han realizado desde los equipos de salud.

La vacancia en la sistematización redundante en la dificultad de pensar estas políticas con perspectiva a mediano y largo plazo, lo cual podría profundizar y mejorar la prevención y promoción en la materia.

3. Marco teórico

3.1. Biopolítica y modelo médico hegemónico

Para poder entender, contextualizar y analizar políticas públicas de salud, es necesario hablar de conceptos tales como biopolítica. Tomaremos la perspectiva afirmativa de este concepto que aborda Michel Foucault entendiendo la biopolítica como forma de ejercicio del poder de hacer vivir (2008). Abordaremos conceptos claves como políticas públicas en salud, sistema de salud, políticas públicas y modelo médico hegemónico en torno a actores como el Estado y las OSC. Todo esto comprendiendo que dentro del aparato estatal así como en el diseño y aplicación de políticas públicas existen conflictos y alianzas entre distintas/os actores con intereses propios.

Debido a esto, resulta menester retomar algunas nociones de Foucault (2008) e historizarlas. Según este pensador, a partir de los siglos XVII y XVIII la organización del poder sobre la vida se desarrolló en función de dos polos: las disciplinas del cuerpo o *anátomo política* (el cuerpo como máquina) y las regulaciones de la población (nacimientos y mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad) o la *biopolítica de la población*. Así, “el derecho de *hacer* morir o *dejar* vivir fue reemplazado por el poder de hacer *vivir* o de *arrojar* a la muerte” (p. 130). Siguiendo estos conceptos centrales, se entiende a la biopolítica como “lo que hace entrar a la vida y a sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana” (p. 135). Es así como con el desarrollo del capitalismo, las formas del poder tuvieron que institucionalizarse, organizando la vida humana a través de un mecanismo disciplinador y ordenador: la biopolítica.

A su vez, este mecanismo se desarrolló por dos vías: por un lado con el aporte de la sociedad al desarrollo del biopoder y por el otro, con la administración pública como ejecutante del arte de gobernar (Ortiz-Arellano, 2017). Por consiguiente, la biopolítica se plasma a través de las políticas públicas en salud, y la medicina, se ubica como estrategia biopolítica, una estrategia de inscripción de la vida biológica de la población en el proceso económico y en los cálculos del gobierno. El Modelo Médico Hegemónico (MMH) resulta así, la perspectiva hegemónica en el sistema médico que supone esta serie de rasgos estructurales: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica,

profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez, 1988). El MMH como la forma de disciplinar y ordenar la vida y la salud. Al mismo tiempo, identifica los problemas de salud como responsabilidad individual y como procesos meramente biológicos. En segundo lugar, es tecnocrático, ya que consiste en un lenguaje especializado que hace imposible a las y los sujetos contribuir con la producción de mejores condiciones de salud. En tercer lugar, es mercantilista, ya que la salud es considerada como un bien de mercado y legitima que las prácticas, producción de saberes y procesos de salud estén vinculados con el sistema capitalista. En cuarto lugar, se caracteriza por ser medicalizante; en la medida en que la vida es cada vez más controlada por los saberes médicos como forma de control social sobre los cuerpos de manera aceptada por la población. Por último, es concentrador y excluyente ya que lo único legítimo son sus prácticas y saberes, cualquier otra forma es excluida y marginada. Sumado a lo anterior, cabe destacar que para la práctica médica, la enfermedad es un principio biológico, es un hecho natural, no social, histórico; se desprende así un rasgo estructural del MMH que es su ahistoricidad (Menéndez, 1988).

De esta manera, analizar las políticas públicas en prevención de VIH y sida partiendo de la biopolítica, en un Estado capitalista con un sistema de salud atravesado por el MMH, resulta fundamental para complejizar esta investigación.

3.2. El Estado y las políticas públicas

En la conceptualización del Estado que realizamos en esta investigación, nos referimos al mismo como una forma de las relaciones sociales capitalistas, no como una cosa en sí (Holloway, 1992), es decir, depende de la reproducción de estas relaciones sociales. Por lo tanto, no es un Estado en una sociedad capitalista, sino un Estado capitalista, ya que su supervivencia como tal está ligada a su capacidad de promover la reproducción de las relaciones capitalistas en su conjunto (p.13). De esta manera, el Estado no es las relaciones sociales sino el proceso de formar las relaciones sociales, es decir, se encuentra constantemente en un proceso de auto-constitución (Holloway, 1992).

En la tematización del Estado, tenemos que incorporar nociones sobre políticas públicas. Según Salas-Zapata et al. (2012), en su artículo “Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos”, entendemos a las políticas públicas

Como dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, (...) reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan

en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; en el caso de la salud pública su asunto son los problemas que afectan la salud. (p. 77)

Por su parte, Oszlak y O'Donnel (1995), definen la comprensión de las políticas estatales como la

Toma de posición que intenta (...) alguna forma de resolución de la cuestión. Por lo general, incluye decisiones de una o más organizaciones estatales, simultáneas o sucesivas a lo largo del tiempo, que constituyen el modo de intervención del estado frente a la cuestión. De aquí que la toma de posición no tiene por qué ser unívoca, homogénea ni permanente. De hecho, suele ser todo lo contrario. (p. 112)

Así, podemos entender que una política estatal constituye “un conjunto de iniciativas y respuestas, manifiestas o implícitas, que observadas en un momento histórico y en un contexto determinados permiten inferir la posición -predominante- del Estado frente a una cuestión que atañe a sectores significativos de la sociedad” (Oszlak y O'Donnel, 1995, p.113).

En segundo lugar, es preciso señalar que existe lo que se llama "conflicto de políticas", cuando dentro del Estado se dirimen distintas unidades que tienen cierto grado de autonomía y entran en conflicto cuando se tiene que tomar una posición (p.113).

En tercer lugar,

El Estado -diferenciado, complejo, contradictorio- aparece como un actor más en el proceso social desarrollado en torno a una cuestión. Su intervención supone "tomar partido" respecto de esta última, sea por acción u omisión. (pp. 113-114)

Así es como a partir de las diversas situaciones en las que el Estado decide insertarse o no en un proceso social asumiendo una posición, puede modificar las relaciones de poder de las y los actores (incluida la suya propia).

Al respecto, Oszlak (2015) argumenta que el Estado tiene funciones permanentes, y tiene otras funciones que requieren intervenciones en momentos críticos. La importancia o el carácter secundario de una forma de intervención estatal dependen de la naturaleza de la cuestión que forme parte de la agenda estatal. De esta manera, es fundamental determinar en cada momento cuál es la agenda vigente, ya sean cuestiones de gobernabilidad, cuestiones de desarrollo o cuestiones de equidad distributiva. Podemos decir entonces, que

la capacidad estatal depende de una gran cantidad de consideraciones. Depende de la naturaleza política que una determinada organización estatal está implementando. Hay políticas que gozan del apoyo de la ciudadanía y otras que resisten la ciudadanía; cuanto mayor es la complejidad del área de gestión en que está interviniendo, menor la posibilidad de recursos disponibles; esto hace menos efectiva la actuación de una institución. Por ende, las organizaciones estatales, funcionan en base a tres tipos de flujos (Oszlak, 2015); el flujo de autoridad, el cual implica que dentro del Estado hay gente que manda y obedece, y gente que manda y obedece al mismo tiempo, porque tiene estamentos jerárquicos por arriba y por debajo. Esto permite que la actividad se desarrolle, de otra manera no habría una estructura jerárquica que permita dar órdenes y que las órdenes se ejecuten. En segundo lugar, el flujo de información: la tarea de gobernar implica intercambio de información o aplicación del conocimiento, el cual es un recurso de poder fundamental. Si los gobiernos no tienen o manejan adecuadamente la información no tienen poder. Finalmente, el flujo material, es decir, el dinero, el presupuesto y la capacidad de acceder a los recursos materiales y asignarlos eficientemente.

En resumen, consideramos que en este contexto de investigación una de las formas posibles de entender a las políticas públicas es como dispositivos de control; conllevan una acción ejecutada por el Estado, por una autoridad pública, sola o en colaboración, y a distintos niveles para resolver demandas sociales. Las políticas públicas hoy son a su vez medidas que comúnmente envuelven una red de actores articulados y articuladas en torno a la “gubernamentalidad” más que programas aislados y limitados al ámbito estatal (Pecheny y De La Dehesa, 2009). En este sentido, también es interesante incorporar la noción de *redes de políticas públicas* (Jones y Cunial, 2017), en las cuales las y los actores discuten problemas públicos e intentan crear soluciones mediadas por interacciones (que pueden institucionalizarse) y tienen como resultado la formación y la implementación de una política pública. La ausencia de políticas, es decir, el no actuar, también es una manera de tomar partido. De esta manera, las políticas implican una concepción de la relación entre política y sociedad, y una concepción de regulación. Los instrumentos (instituciones sociales como los censos o los impuestos), técnicas (procedimientos y recursos operacionalizados, como las nomenclaturas estadísticas, los tipos de normas) y las herramientas (micro-instrumentos, categorías estadísticas) son simplemente formas de la objetivación y definición de la realidad social, es decir, de reducción de la realidad a categorías fijas y funcionales, coherentes con la lógica legal-racional y burocrática tal como la describió Weber (Pecheny y De La Dehesa, 2009). Así es como la burocracia es el

resultado de las políticas públicas, “como la expresión material del Estado –percibido como un aparato institucional concreto- y el brazo ejecutor que implementa sus políticas” (Oszlak, 2006, 7).

Siguiendo a Oszlak (2004), al intentar resolver demandas sociales, las políticas públicas pueden ser satisfechas por distintos actores: el Estado en sus diferentes estamentos (Gobierno Nacional, Provincial y Municipal), el mercado, las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y redes sociales solidarias que suelen surgir en contextos de crisis. Cualesquiera sean los que asuman la responsabilidad de gestión, deben disponer de capacidad estatal, la cual corresponde a la posesión de “la condición potencial o demostrada de lograr un objetivo o resultado a partir de la aplicación de determinados recursos y, habitualmente, del exitoso manejo y superación de restricciones, condicionamientos o conflictos originados en el contexto operativo de una institución” (p. 1). Así, existen distintas distorsiones que afectan la capacidad del Estado. Muchas veces, los tomadores de decisiones del Estado, suelen tener una racionalidad limitada. Vemos una asignación de recursos humanos donde por lo general existe un número excesivo de funcionarios con menores calificaciones y un faltante de funcionarios de mayores calificaciones.

Asimismo, para poder llevar a cabo el análisis de políticas públicas (APP), consideramos pertinente retomar a Salas-Zapata (2012) en la clasificación del mismo en tres enfoques: positivistas, sociohistóricos y pos-positivistas. Los enfoques positivistas consideran a las políticas públicas como procesos racionales que incorporan datos y evidencia “objetiva” para predecir cursos de acción y tomar mejores decisiones. Ejemplo de estos son los análisis de toma de decisiones, de costo beneficio y de costo-efectividad” (Salas-Zapata, 2012, pp. 77 y 78). Los enfoques sociohistóricos asumen a las políticas públicas como procesos resultantes de las interacciones entre grupos de interés; analizan los juicios de valor, los grupos de interés y los contextos sociohistóricos de las acciones y decisiones políticas para entender cómo y por qué ciertos asuntos públicos se incluyen en la agenda de gobierno mientras otros se excluyen; y cómo y por qué se eligen unos u otros cursos de acción. Finalmente, los enfoques pos-positivistas critican a los positivistas y sociohistóricos, ya que

La distancia que toman los investigadores frente a los objetos de estudio les impide comprender la realidad en su complejidad y comprometerse con la solución de los problemas que las políticas públicas pretenden resolver. Entre ellos predomina el

enfoque crítico. Este sugiere que tanto las políticas públicas, como el investigador y el problema que la política pretende resolver forman parte del mismo orden social. (Salas-Zapata et. al. 2012, pp. 77 y 78)

La presente investigación se ubica desde este enfoque crítico ya que consideramos, que para desarrollar enfoques innovadores, los APPS (Análisis de Políticas Públicas de Salud) deberían enfatizar un “abordaje integral del objeto de estudio, las relaciones de poder, la correlación de fuerzas, las alianzas, los intereses y los conflictos”, ya que “son condiciones inherentes a las políticas públicas y el entorno tiene un carácter social, ecológico y económico, que determina su naturaleza y su dinámica” (Salas-Zapata et. al., 2012, p. 80). Estas políticas públicas no sólo son pensadas y ejecutadas desde el Estado sino que actores como OSC tienen un lugar fundamental en su conformación e implementación.

3. 3. Organizaciones de la sociedad civil y políticas públicas en salud

Siguiendo esta línea, nos interesa abordar las políticas públicas en salud orientadas a la prevención de VIH en su relación con las organizaciones de la sociedad civil y el rol de incidencia de estas últimas en la configuración de las primeras.

En principio, las políticas públicas en salud llevadas a cabo en colaboración con OSC entre ellas las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), tienen sus fundamentos en la Cumbre de las Américas, celebrada en diciembre de 1994, la XXXVIII reunión del consejo directivo de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), reunido en Washington, DC, en 1995, aprobó el concepto de reforma del sector salud e instó a una mayor participación de los actores sociales y las ONG en dicha reforma. Luego, en 1996, en las 49ª Conferencia Anual de las Naciones Unidas, el Secretario General anunció: “cada día se pone más de manifiesto que las organizaciones no gubernamentales desempeñan un papel importante en el mundo” (Dickson, 1997, p. 324). El 17 de septiembre de 1996, la OPS analizó las experiencias de los nuevos mecanismos de diálogos entre ONG y gobiernos en la planificación y ejecución de actividades vinculadas a las prioridades de salud de cada nación. De esto se desprende como fundamento, el concepto de colaboración con el objetivo de alcanzar la salud para todos y todas. En este camino, los objetivos para lograr vínculos más efectivos entre gobiernos y ONG han sido,

proporcionar medios mejores para prestar cooperación técnica y apoyo a los programas en áreas clave tales como la atención primaria de salud; promover y

respaldar el intercambio de información y experiencias entre gobiernos y ONG y entre las mismas ONG; coordinar los servicios prestados por gobiernos y ONG con objeto de evitar duplicaciones y dilapidación de recursos, así como ofrecer capacitación técnica y desarrollar planes de acción nacional para la colaboración entre gobiernos y ONG, mediante la traducción a gran escala de experiencias exitosas a pequeña escala. (Dickson, 1997, p. 324)

Desde 1994, las ONG han sido “consultadas cada vez con mayor frecuencia sobre dos temas concretos: su opinión sobre las propuestas de reforma del sector salud de cada país, y las estrategias para lograr mayor participación de las ONG en dicho proceso en cada país” (Dickson, 1997, p. 324). Depende de múltiples factores a considerar por parte de los y las representantes de los gobiernos locales para su predisposición a trabajar en conjunto con las organizaciones en pos de mejorar el acceso a la salud pública de la población.

Para contextualizar el lugar de estas organizaciones en Argentina, debemos entender que durante los períodos de la dictadura militar (1976-1983) y los gobiernos neoliberales (1989-2001), el sector privado fue el dominante, configurando así la sociedad una matriz “mercado-céntrica”, donde el interés individual predominaba y el mercado aparecía como regulador a través de su “mano invisible” (Oszlak, 2004). En el siglo XXI, “el Estado regresó pero esta vez, de la mano de la sociedad civil, en la medida en que se reconoce un creciente papel de la ciudadanía en el proceso de gestión pública, con lo cual se han echado las bases de una incipiente matriz “socio-céntrica” (Oszlak, 2004, p. 1). De esta manera, podemos comprender que el “tercer sector”, es decir, las OSC, opera con agentes privados que tienen fines públicos, a diferencia del Estado que funciona con agentes públicos con fines públicos y del mercado que opera con agentes privados con fines también privados (Penso D´Albenzio, 2013).

Según Balbis (s/f), existe un cierto consenso entre el mundo de la investigación y dirigentes/as sociales sobre el concepto de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC):

- Son organizaciones institucionalizadas: estructura organizacional, independientemente de toda formulación jurídica particular.
- Son privadas: estructura separada del Estado y de la administración pública, aunque pueden aplicar para recibir apoyo económico de los gobiernos.
- Sin fines de lucro: los beneficios y/o capital producto de sus operaciones, es reinvertido y destinado al cumplimiento de su misión específica y no distribuido entre sus miembros.

- Disponen de sus propios órganos de gobierno, mantienen autonomía y control de sus propias acciones.
- No tienen fines religiosos ni políticos.

En cuanto al último punto, consideramos que las OSC siempre están ligadas a fines políticos o a veces religiosos. En el caso de las que trabajan en salud están orientadas muchas veces a lograr cierta legislación que facilite la accesibilidad pero que también las favorezca en su despliegue así como en sus intereses propios. De esta manera, podemos definir que el “tercer sector”, está formado por organizaciones sin fines de lucro tales como “fundaciones, ONG, empresas sociales, asociaciones, que prestan servicios sociales, asistenciales o bien emprenden actividades en el ámbito de la economía social o solidaria” (Penso D’Albenzio, 2013, p. 94). Para mayor especificidad, disintiendo de algunos puntos de la clasificación de Balbis, nos interesa definir a las ONG como entidades privadas con fines y objetivos definidos por sus integrantes, que pueden gozar de cierta independencia pero que muchas veces están ligadas a intereses o políticas de los gobiernos locales, provinciales o nacionales como de organismos internacionales. Siguiendo a Leiras (2007), las OSC pueden incidir en las políticas públicas en la medida en que dispongan de ciertas capacidades, como el capital político, el cual “designa al conjunto de recursos que permite a las OSC imponer decisiones sobre sus miembros y articular sus estrategias con otras organizaciones” con un sistema de gobierno de la organización, su capacidad de movilización y sus alianzas “que vinculan a la organización con otras organizaciones o grupos” (p.4). En segundo lugar, el capital económico que incluye a los activos físicos y financieros necesarios para sostener la regularidad de las actividades de la organización. En tercer lugar, el capital organizacional que implica una serie de condiciones que “permite a una organización explotar de modo eficiente sus recursos políticos y económicos” (Leiras, 2007, p.4). Esta última, incluye a la capacidad de producir información que sea fiable y relevante para otros actores, la capacidad de comunicarla y de administrar recursos humanos (profesionales) y financieros. El último capital que menciona es el simbólico, el cual hace referencia a las percepciones de otros actores acerca de la organización. Finalmente, es necesario considerar que “estos parámetros generales se combinan de modos específicos de acuerdo con las características del sector y la etapa de las políticas, y según la dinámica de interacción entre poderes y niveles de gobierno” (Leiras, 2007, p.13).

Luego de esta caracterización de las OSC, es importante comenzar a tematizar sobre un aspecto fundamental de esta investigación como lo constituye la salud pública en Argentina orientándonos principalmente a la Atención Primaria de la Salud.

3.4. Entre-abriendo la puerta de la atención primaria de la salud pública en Argentina en 2018-2019

Siguiendo la trama conceptual explicitada al inicio de este capítulo, nos interesa profundizar en lo que entendemos por salud. Para profundizar este concepto, debemos partir del derecho a la salud, que se orienta a “gozar de las condiciones de vida necesarias para el mejor estándar de salud posible para no morir de enfermedades evitables, etc.”. Y por otro lado, “está el derecho a las prestaciones médicas, a la asistencia médica en salud” (Stolkiner en Kreplak, 2019, p. 1). Ya en los documentos fundamentales como Alma Atta (OPS, 1978) aparece el uso de la noción de salud como:

El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. (p.1)

La salud integral debe contener todas las instancias de promoción y prevención, que no solo hace referencia a las medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad como la reducción de factores de riesgo sino que se orienta principalmente a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (Vignolo et. al., 2011).

Según la OMS el sistema de salud está definido

por todas las organizaciones, instituciones y recursos que están dedicados a la producción de acciones de salud (...) definida como cualquier esfuerzo, ya sea el cuidado privado de la salud personal o de los servicios de salud pública o a través de iniciativas intersectoriales, cuyo propósito es la mejora de la salud. (OMS en Gomiz Gomiz y Maldonado, 2012, p.1)

En Argentina, puntualmente, el sistema de salud está compuesto por tres subsectores de cobertura para la población; público, privado y las obras sociales. Del mismo modo, cuando analizamos el sistema de salud en Argentina, tenemos que hablar de

Un sistema mixto, público-privado; atomizado y segmentado; con actores diversos; con una multiplicidad de prestadores y financiadores; con dificultades de coordinación y agregación de sus componentes; que pretende ser universal; con fallas en la accesibilidad; desigual en subsectores y territorios. (Leone, 2017, p.48)

Por otro lado, y enfocándonos en el Sistema de Salud Pública (SSP) de Argentina, podemos ver que este se divide en tres niveles de atención; nivel primario, es la puerta de entrada al sistema de salud, el que primero tiene contacto con la población, es donde se desarrolla la atención de necesidades más básicas y frecuentes de salud, que se pueden resolver con actividades de promoción en salud, prevención de enfermedades y procedimientos de recuperación y rehabilitación. Allí está establecido que se resuelva el 85% de los problemas prevalentes. En el segundo nivel de atención se encuentran los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios como pediatría, ginecología, psiquiatría, cirugía general, etc. Se estima que entre el primer y segundo nivel se puede resolver hasta el 95% de los problemas de salud. El tercer nivel está orientado a problemas poco prevalentes que requieren alto niveles de tecnología y procedimientos especializados (Vignolo et. al., 2011).

Deteniendo la mirada de esta investigación en el nivel de Atención Primaria de la Salud (APS), retomamos la definición del mismo en la conferencia de Alma Ata (1978):

La atención primaria (...) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (p. 1)

Así, los niveles de atención son una forma de organizar los recursos. De manera análoga, se organiza en nivel de complejidad las distintas “tareas diferenciadas que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por la misma” (Vignolo et. al., 2011, p. 12). Estas diferenciaciones, nos resultan fundamentales para poder analizar de qué manera funciona el nivel de APS en Río Negro y específicamente en la ciudad de Cipolletti en función de la prevención en VIH y sida. Sin embargo, nos preguntamos si esta forma de organizar los recursos efectivamente funciona para que las personas que se acercan al sistema de salud puedan resolver el 85% de sus problemas prevalentes en la APS.

Según Bursztyn et. al (2010),

Las características históricas, políticas, económicas y culturales de cada país determinaron un alto grado de segmentación en la conformación de los sistemas de servicios de salud, generando la coexistencia y/o superposición de sistemas dirigidos a diferentes segmentos de la población. (p. 78)

Esto constituye un condicionante estructural de la fragmentación de la provisión de los servicios de salud, que se expresa de distintas formas en su organización y gestión.

Consideramos que para analizar el sistema de salud en Argentina y específicamente en la provincia de Río Negro es fundamental preguntarnos ¿de qué manera funciona según los actores y actrices que habitan la atención primaria? ¿Con qué recursos humanos y económicos se cuenta? ¿Qué limitaciones se presentan a la hora de llevar a cabo las políticas públicas? ¿Qué alternativas se encuentran en el sistema de salud cuando las políticas en prevención son insuficientes? ¿Qué nos dice la historia de este sistema a la hora de pensar estas políticas?

4. Marco contextual

Luego de realizar el recorrido por la trama conceptual de esta investigación, resulta necesario especificar el período elegido para abordarla, que se centrará en los años 2018-2019, correspondiente a la experiencia de capacitación y testeo en la Ciudad de Cipolletti entre el sistema de salud pública y la ONG de prevención en VIH y sida, AHF⁶. Si bien esta organización viene trabajando en la temática en toda la República Argentina, fortalece su trabajo desarrollando una estrategia territorial a partir del año 2018, creando una red de consejeros y consejeras en *testing*, con inserción territorial. Es por esto que analizaremos este período histórico situado en el neoliberalismo correspondiente en estos años, que en Argentina se profundizó en el gobierno de Mauricio Macri (2015-2019).

4.1. Sistema de salud en Argentina: crónica de un vaciamiento anunciado

Contextualizando el neoliberalismo en Argentina, podemos estudiar este proceso analizando el paso del Estado benefactor a un Estado neoliberal. En Latinoamérica, podemos clasificarlo retomando “la lógica histórica, ya señalada por Diamand (1971), y caracterizada por la disputa entre la corriente popular expansionista y la corriente liberal, por la conducción del proceso de desarrollo en la región” (García Delgado y Gradin, 2017, p. 18). El primer momento o ciclo neoliberal, en su proceso económico – estructural, sucede a mediados de los setentas con la crisis del capitalismo y el Estado de Bienestar que los lleva a desarrollar planes de austeridad en sus políticas económicas. Por otro lado, el proceso político - institucional se enmarca en la crisis del Estado de Bienestar (basado en el esquema de seguros sociales y el fortalecimiento de la capacidad de consumo de los sectores populares), que es fuertemente atacado por el pensamiento neoliberal.

Continuando con la propuesta de García Delgado y Gradin (2017), el segundo momento neoliberal comprende el período de fin de la guerra fría y del mundo bipolar, contexto en el que se aplicaron las medidas del Consenso de Washington y triunfa el capitalismo salvaje tanto en términos políticos como económicos e ideológicos - culturales. A partir de los años 80 se dio como fenómeno mundial un “desfase entre el crecimiento de las necesidades del gasto en salud y el ingreso público para asistir a su financiamiento”

⁶Aids Healthcare Foundation.

(Galende, 1997, p. 137). El Consenso de Washington, a su vez, trajo aparejadas las políticas de flexibilización de la economía, fragmentación de la sociedad y privatización de la salud. Todo este proceso tiene sus antecedentes en la dictadura cívico-militar de Argentina ocurrida entre 1976 y 1982.

Siguiendo a Vicens (2022)

El cambio de dirección hacia la Salud que tiene sus inicios a nivel mundial en la década de 1970 se promueve con la creación de documentos fundamentales en atención a la salud: la Declaración de Alma Ata (1978); Carta de Ottawa (1986) formulada a partir de la primera conferencia sobre promoción de la salud; la Declaración de Caracas (1990); a comienzos de 1989 se constituye el Consenso de Washington (1989) con el que se reforma el Estado minimizando sus funciones y mercantilizando derechos sociales, como salud, vivienda y educación. (p. 11)

En Argentina, se fueron sometiendo los criterios de la salud a lo que dictara la economía de mercado, triunfando los valores de la economía por sobre los de solidaridad que podía garantizar el Estado (Galende, 1997). Al mismo tiempo, se impusieron los valores empresariales “deslegitimando así la función irremplazable del Estado para asegurar los valores de la igualdad y equidad en salud, en beneficio de aquellos de la "eficacia", la "utilidad", la "administración", el buen "gerenciamiento", "la economía sana" (Galende, 1997, p. 138).

Así es como se llega a la privatización no solo de la economía sino de la vida en general. Los problemas pasan a ser del orden individual y las/los individuos tienen que resolverlos por cuenta propia; a esto llama Galende (1997) privatización del riesgo. La atención en salud se orienta al control social y los vacíos que deja el Estado son cubiertos por seguros y las empresas privadas de salud.

A partir del S. XXI, podemos identificar una crisis terminal del neoliberalismo en la región en cuanto a la situación socioeconómica y a nivel político – institucional (García Delgado y Gradin, 2017). Finalmente, la crisis de la burbuja financiera de 2008 – 2009 impactó en la merma de las posibilidades de redistribución de la riqueza que contribuyó a derrotas políticas llegando al fin de la década populista en Latinoamérica. Estas derrotas fueron la puerta de entrada del Neoliberalismo tardío.

Siguiendo a García Delgado y Gradin, (2017), vemos

La contraposición de dos paradigmas en este brusco cambio de rumbo impuesto por Cambiemos: la del homo político y la del homo corporativo como síntesis de comprensión del rol del Estado en la sociedad. (...) esta modernización de ruptura en el Neoliberalismo tardío se expresa principalmente en su (in)capacidad de gestión de políticas públicas. (p. 24)

De esta manera, podemos entender qué tipo de políticas públicas en salud se llevaron a cabo durante la gestión del gobierno Neoliberal de la alianza Cambiemos. La degradación del Ministerio de Salud a Secretaría es una muestra cabal de esto, con el vaciamiento del sistema de salud, que contiene en términos estructurales una historia de fragmentación y degradación profundizada en estos gobiernos.

4.2. Breve recorrido por los pasillos de la salud pública en Argentina

La salud pública en Argentina tiene su punto de partida como problemática de interés estatal en 1943 con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social; en 1946 se creó la Secretaría de Salud Pública en donde Carrillo “fue designado para ocupar y como parte de su política sanitaria, en Septiembre de 1947 logró que se sancionara la ley N° 13.012 que propugnaba la creación de un Código Sanitario y de la Asistencia Social para el país” (Carillo, 1952, p. 5), que en 1949 se transformó en Ministerio de Salud.

Siguiendo a Nicolás Kreplak (2019), advertimos que en los años siguientes se inició la empresa de medicamentos del Estado. Sin embargo y, a partir de la dictadura de 1955, dejó de funcionar el Ministerio de Salud hasta 1958, año en el que asumió Arturo Frondizi. En 1966, los militares volvieron a cerrar este Ministerio, Onganía, trasladó parte de los recursos del sistema público a los sindicatos y se crearon las obras sociales. Después de esto, en la dictadura cívico–militar de 1976 Videla trasladó la responsabilidad de los hospitales a cada provincia. Según Kreplak (2019), en 1983 Alfonsín reflató el Ministerio Salud, pero para 1991 no quedaba ningún hospital a cargo del Estado Nacional. A partir de 1993, los hospitales quedaron a cargo de las provincias,

Con políticas sociales focalizadas, sin la capacitación de sus elencos, ni la necesaria capacidad decisional y tampoco con partidas presupuestarias correspondientes dado el desfinanciamiento relativo de algunas áreas, la ausencia de personal profesional, sin actualizaciones o entrenamiento regular, ausencia de equipos especializados junto con la negación social y cultural de la problemática. (Sanchez, 2013, p.2)

La desregulación hizo que las obras sociales perdieran aportes que fueron a las prepagas destruyendo así la base solidaria del sistema. Mientras tanto en 1990, ante la presión nacional e internacional, el Congreso aprobó la ley 23.798 Nacional de SIDA (Pecheny y Petracci, 2016) y fue uno de los primeros países de la región en contar con una ley de sida (Falistocco, 2011). En 1995, el Ministerio de Salud de la Nación, creó el Programa Nacional de lucha contra el sida y retrovirus del humano⁷ (Falistocco, 2011). Desde entonces, el Programa centraliza la compra de los medicamentos antirretrovirales (ARV) que se distribuyen en el sistema público de salud, entre otras funciones. Aprobada en 1995, la ley N° 24.455 obliga a las obras sociales (cobertura de salud dependiente de los sindicatos) a incluir los tratamientos de VIH y sida entre sus prestaciones. A fines de 1996, la ley N° 24.754 hace lo propio con el sistema de medicina prepaga. En cualquier caso, hacia 1997-1998 cuando las terapias de alta efectividad se hacen disponibles, la Argentina es uno de los pocos países de ingreso medio – junto a Brasil – que dispone de acceso formalmente universal a esas terapias. La ley nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable se aprobó en el año 2002, casi veinte años después del retorno a la democracia. A partir de 2003, se consolidó el Ministerio de Salud y en 2008 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente contamos con una nueva ley de VIH N° 23.798, Hepatitis, Tuberculosis e ITS, que implica una actualización en materia de derechos humanos y cambió de un paradigma biologicista a uno social e integral, así como busca erradicar la discriminación y el estigma, que siguen siendo un problema de salud pública (Universidad Nacional de Rosario, 2020).

Para 2016, el gobierno de Mauricio Macri, lanzó la Cobertura Universal de Salud (CUS), una estrategia que desfinanciaba el sector público, transfiriendo los recursos al sector privado. En 2018, tras el acuerdo con el Fondo Monetario Internacional (FMI) el Ministerio de Salud fue degradado a Secretaría. Este hecho fue uno de los hitos más importantes en materia de políticas públicas en salud durante el gobierno de Macri, ya que evidenció en términos simbólicos el lugar de la salud pública para el Estado neoliberal. De esta manera, “la degradación del Ministerio de Salud no es un hecho aislado, sino más bien la culminación de un proceso de desmantelamiento que comenzó el diez de diciembre de

⁷ Sus objetivos son, entre otros, la provisión de medicamentos de manera gratuita a todas las personas carentes de recursos, la realización de los estudios de detección del VIH, la capacitación y formación de educadores y colaboradores asistenciales como agentes de prevención en cada provincia, y la disponibilidad de recursos para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y sida.

2015” (Rovere, s/f). Esta decisión, formó parte de un paquete de recortes con el propósito de reducir el gasto público, “en un mensaje desesperado y un pedido de socorro hacia el FMI y a los capitales especulativos, frente a la crisis cambiaria y financiera producida por las políticas neoliberales desarrolladas por el propio gobierno” (Soberanía Sanitaria, 2018).

En este contexto, en el año 2018 el director de la Dirección Nacional de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosis, Sergio Maulen, presentó su renuncia. El 3 de Septiembre de ese año, trabajadores del área presentaron un comunicado en el que denuncian que “no está garantizada la continuidad de la respuesta en el acceso a la prevención, al diagnóstico y al tratamiento de las personas asistidas por los Programas que conforman esta Dirección” (Agencia Presentes, 2018). Así es como en 2016 y 2017 se repartieron aproximadamente un 40% de la cantidad de preservativos previstos. En esta misma línea, Sabrina Balaña, integrante de la Fundación Soberanía Sanitaria y asesora parlamentaria en salud expresaba que esto contradice los acuerdos de nuestro país frente a organismos internacionales como la ONU para lograr las metas 90-90-90⁸, ya que “la reducción de distribución de preservativos y de medicación y de reactivos para detección, tanto de VIH como de hepatitis, puede generar un empeoramiento grave de la epidemia” (Gutierrez, 2018).

Acorde a lo sistematizado en su boletín, la Dirección Nacional de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS) en 2019, afirma que los nuevos casos de personas viviendo con VIH se mantienen constantes existiendo un aumento en otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La epidemia en Argentina muestra una concentración en las llamadas poblaciones claves; personas trans, usuarios/as de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), y el uso auto-reportado del preservativo en relaciones sexuales es por debajo del 65% en esta última. Sin embargo, según el “Análisis en Salud, República Argentina” (2018), hasta 2017, “a nivel país el VIH presenta una tendencia decreciente y la tuberculosis ascendente (...). El sur es la región con

⁸Con el objetivo de contribuir al fin de la epidemia de sida la ONU fija las metas 90-90-90. Esto establece que en 2020 el 90% de las personas que viven con el VIH deben conocer su estado serológico respecto al VIH. A su vez que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciben terapia antirretrovírica continuada y que el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral. Fuente: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>

las tasas más altas de HIV y el NOA y el NEA las que presentan las mayores tasas de tuberculosis” (p.80).

En Argentina hasta 2019, 139.000 personas vivían con VIH, y el 17% desconocía su diagnóstico. A su vez, entre 6 y 7 personas de cada 10 se atienden en el sistema público de salud.

Figura 1: Casos de personas viviendo con VIH en Argentina y ámbito de salud donde concurren a 2019.



Fuente: Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina (2019). *Boletín sobre VIH, SIDA e ITS en la Argentina*, N° 35, 2019, p.9.

En este contexto se plantea la necesidad de repensar las políticas actuales, y las estrategias se orientan a fomentar la autonomía de las personas con perspectiva de derechos y diversidad, garantizando la accesibilidad y promoción de preservativos y geles lubricantes enfocándose en la prevención y teniendo en cuenta la diferentes prácticas sexuales para poder tomar las decisiones en base a información sobre distintas opciones. En este sentido, la prevención combinada propone el uso de diferentes herramientas

preventivas sin excluir ninguna y de acuerdo a las necesidades de cada persona, comprendiendo que las tecnologías existentes no son incompatibles con la intervenciones ya consagradas en la respuesta al VIH (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019).

Luego de este recorrido por la historia del sistema de salud en Argentina y las estadísticas nacionales, nos interesa centrarnos en el nivel provincial, pensando su anclaje en distintos modelos de gobierno históricos en Río Negro.

4.3. Los gobiernos rionegrinos y los modelos de salud

Orientando este recorrido específicamente a Río Negro y para poder analizar las políticas públicas en salud, es necesario revisar las transformaciones en su historia política e institucional.

Esta provincia, se institucionalizó en 1957, por lo que se puede considerar como una de las “provincias nuevas”. El 28 de junio de 1955, se promulgaba ley 14.408 por el General Juan Domingo Perón. De esta manera Río Negro se convertía en provincia y emprendía su camino de autonomía, democracia y soberanía. En Río Negro, la nueva Constitución provincial fue aprobada por la Convención Constituyente reunida en Viedma el 10 de diciembre de 1957.

Siguiendo a Iuorno (2000),

El gobierno nacional aprobó en 1956 el “Estatuto Provisional para el gobierno y administración de las nuevas provincias”, que establecía las funciones del interventor federal hasta tanto entrara en vigencia la Constitución Provincial. Entre las atribuciones se encontraban: disponer de la recaudación impositiva, manejar el presupuesto, gastos y recursos; disponer y ejecutar obras públicas, aplicando las disposiciones de la ley de obras públicas de la Nación hasta tanto se dictase una ley especial; crear la policía; preparar y elevar al PEN, para su ulterior sanción, los proyectos de decreto- leyes que tendían fuerza de ley en la provincia; nombrar y remover a todos los funcionarios y empleados de la administración provincial, realizar acuerdos con la nación y con las provincias. (...) Este documento operó como norma orgánica para el funcionamiento político-administrativo que conllevó a la organización de las instituciones hasta la aprobación de la constitución y la salida electoral. (p. 8 y 9)

Debido a este desarrollo incipiente del Estado rionegrino, vemos al sector salud dando sus primeros pasos.

Para 1970, “el prestador monopólico [de salud] era el Estado (...). En 1983, con el regreso de la democracia, el gobierno provincial adoptó la decisión de crear el Consejo Provincial de Salud” (Gomiz Gomiz y Maldonado, 2012, p.3), y con la victoria de Mario Franco en el FREJULI (Frente de Justicia y Liberación) en la gobernación, el gobierno comienza a implementar

Un Plan de Salud (...) [que] se apoya en el concepto del derecho a la salud de la totalidad del pueblo rionegrino, adecuando la capacidad instalada y los recursos humanos para aumentar la eficiencia en cantidad y calidad de prestaciones de salud gratuitas, igualitarias, integradas, oportunas y continuas, escapando de la antinomia enfermedad- no enfermedad. (p.4)

No se modificó el Plan de Salud Universalista sino hasta la dictadura militar de 1976, cuando asume la cartera de salud el Dr. García, que mantenía una posición por la cual “prefería una política de salud centrada en la medicina privada, con hospitales pobres para la gente pobre” (Gomiz Gomiz y Maldonado, 2012, p.7). Con la llegada de la democracia, con Álvarez Guerrero como gobernador, se retoma y se trabaja en su gestión el “Plan de Salud e instauración y extensión del Seguro de Salud” (Gomiz Gomiz y Maldonado, 2012, p.7).

Durante los años 1985-1995,

Podemos observar la conformación de un proyecto de reestructuración del Estado rionegrino, con un claro sesgo providencialista, que implicó la sanción de un importante abanico de derechos de inclusión ciudadana en la prestación de servicios sociales (educación, salud, vivienda). (Villca y Fernández, 2004, p. 14)

Con el gobierno de Verani, y la crisis acontecida de los años 1995 y 1996 que “se convirtió en crisis de integración social, y significó en los hechos, la desintegración de diversas instituciones que habían ocupado un rol preponderante durante la vigencia de la política de corte providencialista” (Villca y Fernández, 2004, p. 63 y 64).

De esta manera, luego del gobierno de Pablo Verani -desde 1987 a 1995-, le sigue el de Miguel Saiz, también durante dos mandatos, los cuales completaron un período de 28

años en el gobierno en Río Negro de la Unión Cívica Radical. En la 1° gestión de Alberto Weretilneck se visualiza una continuidad con el mandato de Saiz.

Sin embargo, a partir de 1995, con la “crisis del tequila” se evidencia un quiebre de este tipo de estatalidad providencialista⁹, al tiempo que a nivel nacional se respondía a los postulados del Consenso de Washington. Esta incompatibilidad entre modelos llevó a una tensión y conflicto social en los años previos a 1995. Es decir, un modelo de Estado provincial que proponía una ampliación en derechos ciudadanos respecto de servicios básicos, un contexto internacional de contracción económica y medidas de austeridad en lo nacional en conjunto con una merma de derechos en lo político, social y económico que resultaba incongruentes con la realidad provincial.

De esta manera, el consenso institucional que sentó las bases del modelo providencialista de bienestar del Estado rionegrino, se resquebrajó conformándose un nuevo pacto institucional para la reforma del Estado. Así, “se produjo entonces, una nueva delimitación y redefinición de las fronteras de actuación del Estado y de la Sociedad Civil” (Villca y Fernández, 2004, p.43).

Podemos resumir la expansión del Estado rionegrino en dos períodos:

- El primero desde 1983 a 1990, “caracterizada por la suerte expansión de la obra pública y la constitución de algunas empresas estatales”.
- La segunda etapa, desde 1990 a 1995, “se caracterizó por la necesidad de asumir las funciones que dejaba (...) el retiro del Estado Nacional, que derivó en la constitución de numerosas empresas públicas provinciales con el objetivo de afrontar la provisión de bienes y servicios. (Villca y Fernández, 2004, p. 50 y 51)

En 2004, la provincia adhiere al Plan Federal de salud, se continúa con el fortalecimiento de la Atención Primaria en todos los niveles de atención, así como la

⁹ Durante el periodo 1985-1995, podemos observar la conformación de un proyecto de reestructuración del Estado rionegrino, con un claro sesgo providencialista, que implicó la sanción de un importante abanico de derechos de inclusión ciudadana en la prestación de servicios sociales (educación, salud, vivienda). Este proceso de reestructuración estatal, se dio en el marco de un espacio democrático que, a través del consenso y la participación, permitió la concreción de este proyecto. Asimismo, cabe destacar, la fuerte actuación que le estaba reservada al Estado provincial, en el desarrollo económico. Este matiz keynesiano, heredado del proyecto desarrollista, servía de contrapeso al escaso papel del sector privado en el escenario provincial (Villca y Fernández, 2004, p. 41).

ampliación de hospitales pero muchas veces sin equipamientos ni personal (Mazzoni y Schleifer, 2017).

Así, en el año 2009 se da una crisis en el sistema de salud que “se explica por el desfinanciamiento del sector, la falta de fondos y profesionales y el aumento de las transferencias de pacientes del sector público hacia el privado” (Mazzoni y Schleifer, 2017, p.8).

Es menester destacar la preponderancia que se le otorgó a la cartera de salud durante los gobiernos kirchneristas tales como la revitalización del Consejo Federal de Salud, “lo que permitió mayor relevancia y efectividad a los consensos entre Nación y provincias” (Alonso, 2016, s/p.). Siguiendo a Alonso (2016), se creó el Plan Federal de Salud (2004-2007) “que reivindicaba el papel rector del ministerio nacional en el ámbito del sistema público de salud” (s/p.) y el incremento presupuestario en salud constituyó 2 puntos porcentuales, alcanzando en 2009 el 6,20% del PBI. Sin embargo, hemos visto que durante sucesivos gobiernos y en concordancia con las políticas nacionales aplicadas en los 90, el sistema de salud pública se encuentra cada vez más en crisis de desfinanciamiento, que dan cuenta del vaciamiento y pauperización de la atención y de la nula ponderación de la políticas que incluyan la prevención como pilar fundamental:

La dinámica político-institucional del sector salud demuestra en forma descarnada como la lógica de intereses y la toma de decisiones públicas es incapaz de responder a las prioridades y necesidades de la salud, no quedan dudas que el modelo responde a los lineamientos del modelo neoliberal(...); con ello el modelo universalista no parece tener retorno, aunque existan intentos de reforma, los principios siguen atados a la focalización, a la selectividad de un grupo de la población: sectores pobres y empobrecidos. (Gomiz Gomiz y Maldonado, 2012, p.9)

En esta línea es que entendemos al Estado provincial rionegrino no como un Estado en una sociedad capitalista sino como un Estado capitalista que va aplicando distintas medidas según los modelos económicos vigentes, del modelo económico neoliberal, en este período (2018-2019), repercutiendo en el sistema de salud público de la provincia de Río Negro.

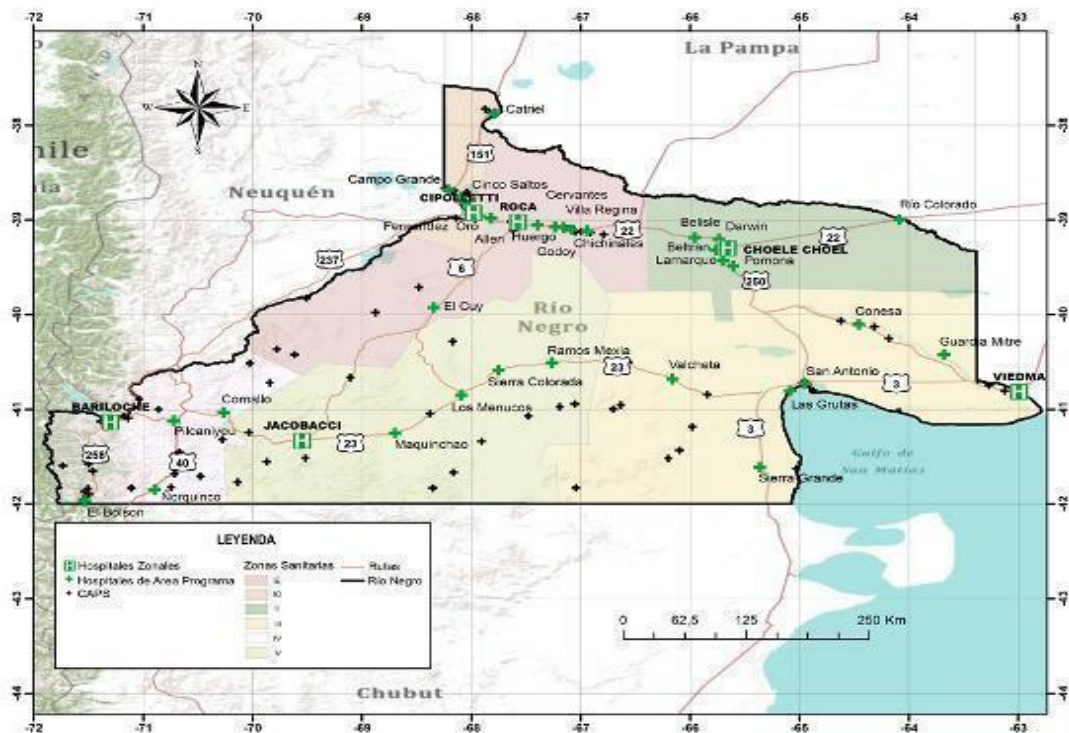
4.4. La estructura del sistema de salud público rionegrino

Para entender todos los procesos mencionados anteriormente, es menester comprender la organización del sistema de salud pública rionegrino así como de la ciudad de Cipolletti.

En términos de estructura, siguiendo la página oficial del Gobierno Provincial de Río Negro (2020), actualmente el sistema de salud pública rionegrino está organizado al igual que el resto del país por tres subsectores (fiscalizados y controlados por el Ministerio de Salud); el sistema público, la seguridad social (obras sociales) y el ámbito privado. El Ministerio de Salud, además de controlar y fiscalizar estos subsectores, tiene bajo su gestión los siguientes organismos y programas: Consejo Provincial de Salud Pública

(C.P.S.P.), Programa Zonal de Medicamentos (PROZOME) y el Instituto Provincial del Seguro de Salud (I.PRO.S.S.). El sistema público de salud en Río Negro, es el de mayor extensión territorial del país y es garante de la cobertura sanitaria. Comprende un Nivel Central – el Ministerio de Salud ubicado en Viedma – que cumple un rol normativo y de conducción general; y una red de establecimientos prestadores de servicios. A su vez, está “conformado por una red de servicios de distinto nivel de complejidad (del I al VI) distribuidos en todo el territorio provincial, con 35 hospitales y 214 centros de salud” (Pérez y Perner, 2018, p. 361). En un sistema de salud pensado en niveles de complejidad crecientes como el planteado en el plan provincial de Río Negro, el primer nivel requiere de su articulación con los niveles superiores de complejidad (Pérez y Perner, 2018, p. 367).

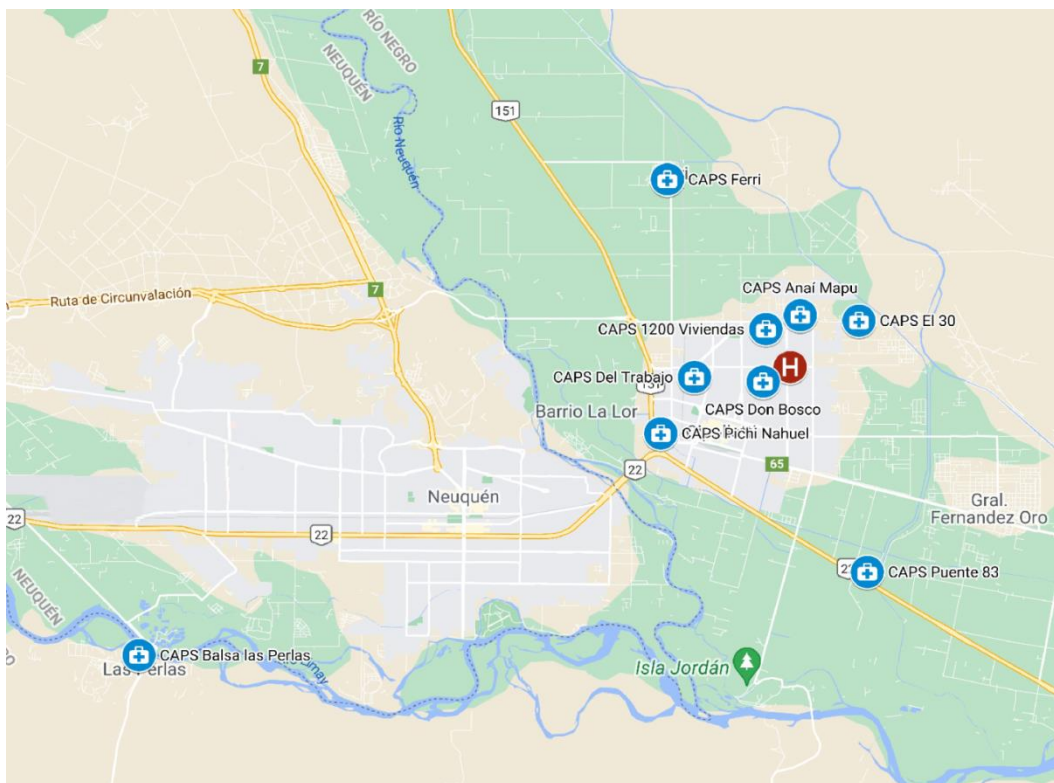
Figura 2: Zonas sanitarias y hospitales cabecera de Río Negro.



Fuente: Ministerio de salud de la Provincia de Río Negro, 2020.

En términos esquemáticos, podemos resumir que el territorio de toda la Provincia se divide en: 6 Zonas Sanitarias¹⁰; 36 Hospitales Áreas Programas¹¹; y 184 Centros de Salud. Por su parte, el sector público de la ciudad de Cipolletti cuenta con 14 centros de salud distribuidos por la ciudad, el “Hospital Viejo” y el nuevo Hospital Área Programa Dr. Pedro Moguillansky. En el presente trabajo se seleccionó como muestra los siguientes CAPS: “Anahí Mapu”, el ubicado en Barrio “Del Trabajo”, “120 viviendas”, y en Diciembre “Don Bosco”, Centro de salud “Balsa las Perlas”, “Puente 83”, “El 30”, “Ferri” y “Pichi Nahuel”. Los mismos se pueden identificar en el siguiente mapa:

Figura 3: *Ubicación geográfica de CAPS seleccionados.*



¹⁰ Es el nivel de regionalización sanitaria intermedia que integra y coordina un conjunto de áreas programas relacionados geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados de salud. Cada Zona Sanitaria, articula el funcionamiento de sus recursos a través de un Hospital de Cabecera, el cual es responsable de coordinar y articular los hospitales de área.

¹¹ La unidad mínima de organización sanitaria, delimitada geográficamente con una estructura de conducción de todos los recursos disponibles para la atención de una población.

CAPS Cipolletti

-  Hospital Dr. Pedro Moguillansky
-  CAPS Don Bosco
-  CAPS 1200 Viviendas
-  CAPS Balsa las Perlas
-  CAPS Del Trabajo
-  CAPS Ferri
-  CAPS Pichi Nahuel
-  CAPS Puente 83
-  CAPS Anaí Mapu
-  CAPS El 30

Fuente: elaboración propia, año 2021.

Según lo establecido en el artículo 3 de la Ley N° 2.570¹², el sistema de salud pública de la provincia debe desarrollarse en base a criterios de descentralización política, técnica y administrativa, priorizando los mecanismos de participación y delegación de competencias y funciones que garanticen la concreción de estos objetivos. Acorde a lo establecido en la página oficial del Gobierno de Río Negro (2018), esta ley constituye en su artículo 1º, que

El Ministerio de Salud a través del Consejo Provincial de Salud Pública, cumplirá la función indelegable de garantizar el derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución Provincial; a través de acciones de planificación, programación, fiscalización, coordinación, evaluación y apoyo técnico y administrativo a los efectores del subsector público.

A su vez, la constitución provincial de esta provincia, establece que la salud es “un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Los habitantes de la provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad” (Artículo 59). De este modo, el Estado debería garantizar la salud mediante “un sistema integrador establecido por la ley con la participación de los sectores interesados en la problemática de la salud”, asegurando el acceso a la salud de modo igualitario, solidario y oportuno para la prevención, diagnóstico y terapia en todo el territorio. El sistema de salud, según lo define en este artículo 59 de la Constitución provincial,

¹² Ley N°2570 de Reformulación Administrativa del Sub Sector Público de Salud, sancionada en 1992.

Se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar.

Desde 1940 el Estado de ha sido

El principal organizador y administrador de la salud con el objeto explícito de desarrollar y sostener un sistema de salud de calidad, fundamentado en la universalidad de las coberturas, la accesibilidad igualitaria y la solidaridad en el financiamiento. Sin embargo, existe abundante evidencia que muestra que los gobiernos han fallado en el cumplimiento de este compromiso (...). El subsector salud se conforma bajo una formula universalista de atención que va encontrando, con el paso de los años, serias limitaciones en su impacto real. (Gomiz Gomiz y Maldonado, 2012, p.9)

En esta línea nos preguntamos, ¿Son los principios constitucionales garantizados, a través de las políticas públicas en salud en la prevención de VIH?, ¿De qué manera? ¿Qué agentes del Estado se involucran en las mismas? y ¿De qué manera actúa el Estado para garantizar el derecho a la salud? ¿Qué lugar tienen otras instituciones en estas políticas?

4.5. Organizaciones de la sociedad civil y el Estado rionegrino

Siguiendo los objetivos de investigación, nos resulta fundamental analizar la relación de las OSC y el Estado rionegrino para comprender la implementación de las políticas públicas en prevención de VIH.

Como establecen García Delgado y De Piero (2002), los gobiernos rionegrinos, por lo menos hasta finales del S. XX no han generado políticas de articulación sino que lo que han logrado hasta el momento es

Acercarse a un modelo de colaboración con el sector. Al parecer, esta dificultad para encarar una política estable se debe, en primer lugar, al factor presupuestario. En efecto, [Río Negro atraviesa] serias dificultades fiscales, en el marco de los paquetes de ajuste que se sucedieron durante los últimos seis años. En este contexto, los gobiernos provinciales se ven obligados a concentrarse en la

aplicación de programas alimentarios y de salud básica. Aun así, no han existido experiencias importantes de articulación entre el Estado y las OSC. (p.68)

Vemos que la dificultad presupuestaria y las crisis derivadas de las políticas neoliberales de los 90 tuvieron su anclaje en la realidad territorial de la provincia. Desde nuestra perspectiva es importante recuperar los matices que se han dado en las relaciones entre las OSC y el Estado Rionegrino. Podemos mencionar las diversas OSC (García Delgado y De Piero, 2002) existentes, las cuales pertenecen a distintos tipos:

- Organizaciones de carácter nacional o internacional tales como Cáritas parroquial o Rotary Club.

- Organizaciones de apoyo como “Un Techo Para Mi Hermano” o Cáritas Diocesana que consideran la participación y el debate como constitutivos de sus espacios.

- Organizaciones de base que surgen en torno a una temática, en base a la defensa de los derechos de un grupo como las Juntas Vecinales.

- Organizaciones de base cuya constitución depende del Estado, como los centros de jubilados y pensionados.

Aunque no existe suficiente bibliografía al respecto de estas clasificaciones, nos resultan útiles para dar cuenta de la complejidad de las OSC en la Provincia de Río Negro y analizar su vinculación con el Estado Rionegrino, del cual analizaremos su política en prevención de VIH en lo subsiguiente.

5. La prevención de VIH en Río Negro durante 2018-2019: ¿Una política a tiempo?

Las problemáticas que se generan en la sociedad, pueden ser resueltas por el Estado, por el mercado o por las organizaciones sociales (Oszlak, 2015). En distintos momentos de la historia, el Estado, el mercado y la sociedad civil van a tener un lugar más o menos preponderante. Es en este sentido que nos interesa abordar las políticas de prevención de VIH en el sistema de salud pública de Río Negro durante 2018-2019. En primer lugar, resulta primordial considerar la legislación vigente que constituye punto de partida para entender el marco desde dónde analizar estas políticas.

5.1. Marco normativo e institucional: el silencio del Estado

En Río Negro, rige la ley N° 2.393 de Promoción, Prevención y Atención del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, desde el año 2008.

En su artículo 2º, define que son sus objetivos las acciones tendientes a:

- a) Prevenir las distintas formas de transmisión del virus.
- b) Definir perfiles epidemiológicos, vigilancia de distintas generaciones, aspectos clínicos, psicológicos y sociales con los que la pandemia se presenta en todo el ámbito de la provincia.
- c) Diagnosticar, asistir, aconsejar e involucrar a las personas afectadas, a sus familiares y grupos de pertenencia según corresponda.
- d) Fomentar el espíritu de solidaridad y participación de las personas que viven con VIH (PVVS), a través de sus representantes acreditados asegurando el acceso y disponibilidad total de asesoramiento y otros servicios de apoyo a los mismos.

Como hemos mencionado, en Argentina la ley de SIDA N° 23.798 rige desde 1990, lo que le da un marco a la ley provincial. De esta manera, la creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana, con la ley N° 3.059, sancionada en Viedma el 19 de diciembre de 1996, se reglamenta a través del decreto 586/2001, 5 años después. La misma, busca el ejercicio libre de los derechos reproductivos como: “1º.- La realización plena de la vida sexual. 2º.- La libre opción de la maternidad/paternidad. 3º.- La planificación familiar voluntaria y responsable”.

A su vez, esta provincia cuenta con la Ley N° 4.339 (año 2008) que adhiere a la ley de E.S.I. a nivel nacional. La existencia de estas leyes ubica a Río Negro en cierto lugar progresista en materia legislativa, principalmente en lo referido a los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, “la experiencia indica que la sanción de las leyes, es condición necesaria pero no suficiente para avanzar en la reglamentación, asignación presupuestaria y ejecución correspondiente de las políticas públicas” (Gadano, 2019, p.4).

En lo que refiere al nivel institucional, el Departamento de Enfermedades Transmisibles dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, tiene como objetivos:

Fortalecer las capacidades locales para detectar y analizar los cambios en la frecuencia y distribución de las nuevas enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes comunes; ejecutar actividades de prevención y control adecuadas. Ejecutar la Estrategia Nacional de Control del VIH, SIDA, Hepatitis, TBC e ITS basada en la integración administrativa y programática de servicios especializados en el nivel local; fomentar el desarrollo de la investigación aplicada para apoyar las actividades de prevención y control; trabajo en terreno, hospitales y centros de salud; el testeo de personas para detectar el VIH se realiza en todos los laboratorios de los hospitales provinciales; las personas que han sido diagnosticadas con el VIH y/o SIDA y Hepatitis Viral acceden al control clínico en los Hospitales [con la capacidad necesaria para hacerlo]. (Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro, s/f)

La jefa del Departamento desde 2015 a 2020, cuenta con una amplia trayectoria y compromiso en materia de VIH y sida, y transitó su carrera por hospitales del interior de la provincia de Río Negro, como el hospital de la localidad rionegrina Conesa, uno de los primeros en abordar pacientes viviendo con VIH y sida, según lo relata en su propia experiencia (Directora del Departamento de Enfermedades Transmisibles, entrevista, 29 de Enero de 2021). A su vez, retoma que la experiencia fue iniciada por parte de la médica Gabriela Ciuli, la creadora del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana de la provincia. Según la perspectiva de la entrevistada,

El paciente confía en el equipo, y el equipo debe referenciarse con un eslabón más arriba, que es el jefe del programa, y nosotros con Nación. Al medio hay un bache que naturalmente debería estar ocupado por las autoridades del Ministerio, pero históricamente las autoridades del ministerio de salud de Río Negro, han tenido,

digamos, en medicina, una de las definiciones de la salud es “el silencio orgánico”; cuando a vos ningún órgano te jode, estás sano. Bueno el programa de VIH, jamás hizo ruido. (Directora del Departamento de Enfermedades Transmisibles, entrevista, 29 de Enero de 2021)

Este silencio que indica, lo identifica en el desconocimiento del Ministro de Salud de la provincia acerca de la gestión de antirretrovirales para personas viviendo con VIH: “El año pasado nuestro Ministro se enteró que no comprábamos la medicación, (...) lo tomo como que no molesta el programa entonces en la agenda no está, pero a veces sabe a ninguneo” (Entrevista, 29 de Enero de 2021). Estos silencios son los que identificamos a la hora de indagar si el Estado gestiona sus políticas por acción u omisión. Pero ¿qué dinámicas encubren estos silencios? En este caso, el silencio habla de un accionar del Estado en el que nos hace cuestionarnos acerca de la relevancia de la prevención del VIH como una política pública en el Estado rionegrino. “Una política, significa una toma de posición y definir cursos de acción para resolverlas. El gobierno biopolítico se manifiesta a través de las políticas públicas, así como de las acciones que realiza su aparato administrativo” (Ortiz-Arellano, 2017, p.2) ¿Podemos ver entonces, que existe una carencia de la concepción estratégica de hacia dónde se va desde el Estado? (Oszlak, 2015).

Centrándonos en el relato de la médica del Centro de Salud (CS), ella menciona que La función que tiene cada equipo de salud en su barrio es la de implementar todos los programas de salud pública y de salud nacional en la comunidad porque la provincia no tiene programas propios sino adhiere a los de nivel nacional. (Entrevista, 8 de Marzo de 2021)

En este punto nos surge el interrogante acerca de ¿por qué los equipos de salud sólo implementan políticas del nivel nacional? ¿Qué presencia tienen las provinciales?, ¿se implementan, son escasas, insuficientes o no son visibilizadas? Vemos en función de lo trabajado, que muchas políticas se garantizan por el trabajo realizado desde las/os agentes de salud. La legislación vigente y lo que establece la constitución rionegrina en relación al derecho a la salud no siempre se condice con la prevención y promoción de la salud. Según el informe (2018) del equipo de salud sexual del Hospital Dr. Ramón Carillo de Bariloche, “el derecho a la salud se efectiviza a partir de prácticas de algunos actores que intervienen sobre las estructuras; no se trata de medidas implementadas “desde arriba” (p. 368). Esto

evidencia que muchas veces las políticas en salud tienen que ver con compromisos o voluntades de ciertos actores o actrices que no siempre están orientados desde políticas establecidas.

Consideramos a su vez, que analizar las políticas públicas en prevención de VIH implica entenderlas desde múltiples factores que atraviesan el sistema de salud y el abordaje en VIH, tales como desigualdades económicas, políticas y sociales así como factores de poder. El derecho a la salud no siempre se encuentra garantizado desde el Estado. Es por eso que la incidencia de organizaciones de la sociedad civil encuentra su anclaje en este espacio.

Retomando la mirada del representante de una ONG, Director científico para Latinoamérica y el Caribe de AHF Argentina, brinda su opinión al respecto:

Volvemos a lo mismo, si vos todo el dinero que tenés lo ponés en tratamiento no tenés un Programa, (...) si eso lo llamás farmacia es exactamente lo mismo. Un Programa plantea acciones políticas a desarrollar en pos de trabajar en disminuir una epidemia, no en mantener los tratamientos en esa epidemia. Todo proyecto de programa tiene que basarse en una prevención, no en una compra de medicamentos. Pero bueno eso es una visión capitalista de este problema. Nosotros creemos que esto es dar medicamentos, y ahí es donde está el conflicto entre lo que pensamos que un programa debe ser de políticas públicas apuntando a mejorar la calidad de vida de las personas que viven VIH y a disminuir los efectos que esta pandemia produce en nuestro país contra los que solamente lo piensa en asegurar el tratamiento a las personas que viven con VIH. (Entrevista, 15 de Febrero de 2021)

Nos interesa detenernos en la idea acerca de la visión capitalista que el Estado asume según el entrevistado. En contraposición a esta idea, plantea la prevención como parte de un programa con acciones políticas para disminuir la epidemia. Sin embargo, debemos entender que el Estado “no es un Estado en una sociedad capitalista sino un Estado capitalista, ya que su supervivencia como tal está ligada a su capacidad de promover la reproducción de las relaciones sociales capitalistas en su conjunto” (Holloway, 1992, p. 13). Aquí nos interrogamos entonces, ¿es posible la prevención como política pública para disminuir la epidemia del VIH y sida en un Estado capitalista que “administra” una epidemia?, ¿es posible en las condiciones en las que se encuentra el sistema de salud?

Por otro lado, podemos inferir dos líneas de análisis. Una que hace referencia el tipo de acciones políticas que corresponden a un programa de prevención en VIH (a nivel nacional) y otra línea referida a lo presupuestario. Vemos, sin embargo, que estas dos líneas pueden confluir, ya que desde su perspectiva el presupuesto de las políticas públicas en VIH y sida está principalmente destinado a la medicación de los tratamientos antirretrovirales para las personas que viven con VIH. Cabe preguntarnos entonces: ¿Qué lugar tiene la prevención y la promoción en VIH y SIDA a nivel provincial? ¿Qué lugar tiene el presupuesto en VIH y sida en Río Negro? Sobre esto último, la directora del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la provincia aporta que

El presupuesto para el departamento por definición es bastante económico por una sencilla razón. Si nosotros trabajamos bien, recibimos los insumos más caros de Nación, o sea la medicación viene de Nación. Si nosotros tuviéramos que atender a los 720 pacientes que tenemos se nos mueren todos. Porque los mecanismos de compra son lentos, el precio de los medicamentos es altísimo y porque es un Ministerio en serios problemas financieros. Entonces nuestro presupuesto se refiere a lo que tiene que ver con movilidad, talleres, cursos, encuentros provinciales, una muy baja cantidad para eventualmente los reactivos, porque los reactivos venían de nación. (...). En lo presupuestario tiene un lugar que no es por jerarquía sino por necesidad de los recursos. Afortunadamente Nación se hace cargo de lo más oneroso. (Entrevista, 29 de enero de 2021)

El flujo material hace referencia a una de las capacidades estatales (Oszlak, 2015) que tiene que ver con el dinero, el presupuesto y la capacidad de acceder a los recursos materiales y asignarlos eficientemente. La eficiencia va a tener que ver con los objetivos de los programas. Consideramos así que el indicador presupuestario nos refiere al lugar que tiene este departamento y las políticas en relación al VIH y al sida en Río Negro. Identificar la necesidad y asignar eficiente y eficazmente los recursos, esa es la cuestión que todo gobierno debe resolver:

Cuanto menor es la cantidad de recursos disponibles, cuanto mayor es la debilidad que puede tener una organización desde el punto de vista de acceso a mejores recursos humanos, a la cuota de presupuesto más adecuado, que pueden tener que ver con la cultura organizativa vigente, con distorsiones en la estructura organizativa; todos estos factores van a estar limitando o haciendo menos efectiva la actuación de una institución. (Oszlak, 2015)

Así, algunas de las fuentes como la médica del CS (Centro de Salud), afirman que el Estado provincial rionegrino no trabaja la prevención sistemáticamente, aunque los test rápidos de VIH, entre otras estrategias, podrían ser una herramienta para lograr esto. Esto se evidencia en

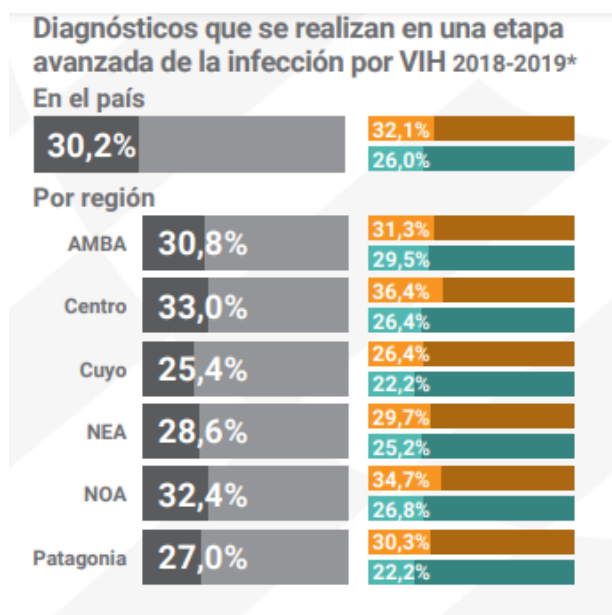
La necesidad de fortalecer la Atención Primaria de la Salud (APS), que ha sufrido especialmente el impacto de la crisis y de las políticas de austeridad, surge de la conciencia y de la necesidad de este organismo de continuar asegurando y proporcionando una atención de salud integrada, equitativa y eficiente a la población. La APS debe adaptarse a los cambios sociales y responder a las necesidades y expectativas, respetando la diversidad y los derechos de las personas. (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019, p. 6)

La intencionalidad desde el Estado se vislumbra en el interés de fortalecer la APS. Sin embargo, nos encontramos además, con un sector de la población que no es diagnosticado o que llega al sistema de salud con diagnósticos tardíos¹³ y muere con enfermedades derivadas del sida.

En los siguientes gráficos, vemos los diagnósticos que se realizan en una etapa avanzada de la infección, diferenciados por región y por sexo. Y en el siguiente, las defunciones por enfermedades derivadas del sida separadas por sexo a nivel país y regional, así como el promedio total del país en 2018 y 2019.

¹³Según Levité (2011), “epidemiológicamente, para el estudio a nivel nacional, se considera como tardío al diagnóstico de VIH que se produce en forma simultánea a la aparición de una enfermedad marcadora de sida o bien cuando alguna de ellas aparece hasta un año después del diagnóstico. Por lo tanto, que el diagnóstico de VIH sea tardío implica que la infección ha avanzado y por ello no será posible obtener el mismo beneficio del TARV de haberlo comenzado antes de que el sistema inmune se dañe de forma importante”, p.16.

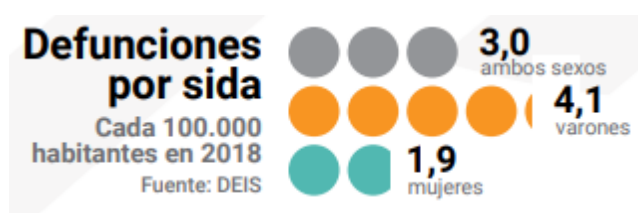
Figura 4: Diagnósticos tardíos de VIH 2018- 2019.



Fuente: Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina (2019). *Boletín sobre vih, SIDA e ITS en la Argentina, N° 37, 2020, p.7.*

Vemos por un lado, que para 2019, el porcentaje de diagnósticos tardíos de VIH aumenta en Argentina, pero disminuye en la Patagonia, y las defunciones por enfermedades derivadas del sida también disminuyen en promedio para ambos sexos en el país.

Figura 5: Defunciones por sida cada 100.000 habitantes 2018.



Nota. Estadísticas nacionales que corresponden al Boletín epidemiológico del año 2020 pero contiene actualizaciones hasta 2018. Tomado de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina (2019). *Boletín sobre vih, SIDA e ITS en la Argentina, N° 37, 2020, p.7.*

Por otro lado, observamos en esta figura que a nivel nacional durante 2018 las defunciones por sida implican más del doble para varones que para mujeres. Es inminente analizar por qué los varones constituyen (según las estadísticas nacionales) no sólo una de

las poblaciones donde está concentrada la epidemia sino que es donde más avanzada se diagnostica la infección.

Podemos ver, en consonancia con lo que venimos argumentando, que estas últimas estadísticas del año 2020 contienen datos de 2018, por lo que no contamos con datos actualizados. Así vemos que esta falta de actualización y sistematización de datos es uno de los factores a considerar a la hora de pensar e implementar políticas públicas de prevención en VIH. Sin datos las políticas no pueden ser pensadas con objetivos ni un horizonte claro.

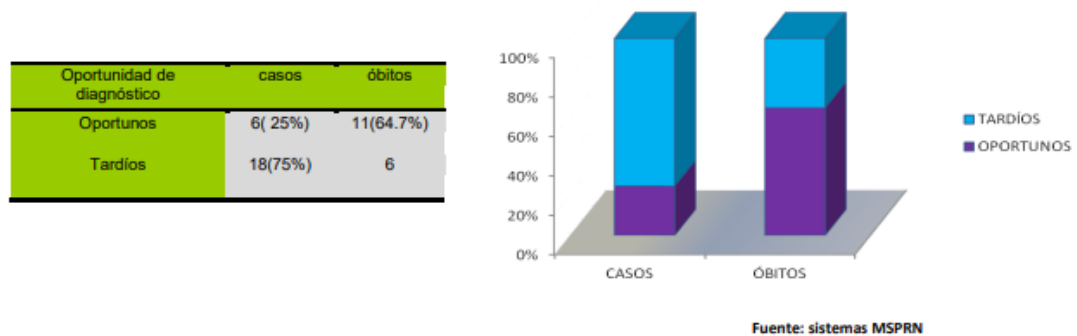
En materia de prevención, los boletines epidemiológicos constituyen una fuente fundamental de información sistematizada que genera el Departamento de Enfermedades Transmisibles de la Provincia y la Dirección Nacional de Respuesta al VIH, ITS y Hepatitis Virales y Tuberculosis. El flujo de información, ya sea intercambio de información o aplicación del conocimiento es fundamental para la tarea de gobernar. Si un gobierno no tiene información o un manejo adecuado de la misma, no tiene poder (Oszlak, 2015). Asimismo, “sin información no hay planificación posible. Y sin planificación, es el azar el que lidera los procesos, convirtiéndose en una amenaza agregada a las que naturalmente son inherentes a la enfermedad que nos interesa” (Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro, 2019, p.1). De esta manera, la información que ofrece el Boletín provincial corresponde a estadísticas anuales que se realizan desde el Departamento para presentar y difundir los datos obtenidos de la Vigilancia Epidemiológica acerca del VIH y el sida y da a conocer los resultados de las políticas públicas en materia de VIH, así como del trabajo de todo el sistema de salud:

Fue pensado para hacer la devolución a los efectores de toda la provincia de la información por ellos mismos recolectada, y su propósito es convertirse en una herramienta que facilite el reconocimiento del contexto local en lo que hace al VIH-SIDA, así como la posibilidad de informar a la comunidad de manera homogénea y fidedigna. (Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro, 2019, p.1)

En la provincia de Río Negro, las estadísticas nos muestran que la cantidad de casos de diagnósticos tardíos llegan al 75% mientras que las muertes u óbito llegan al 35.2%. Según el boletín epidemiológico provincial de 2019,

El diagnóstico tardío no es algo que pueda adjudicarse exclusivamente a la libertad de elección del usuario, sino que en su abordaje, debe considerarse la responsabilidad compartida con los Servicios de Salud. Desde el punto de vista institucional, debe considerarse la existencia de obstáculos que el usuario encuentra en el camino que debería llevarlo rápida y fácilmente a conocer su situación serológica. (Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro, 2019, p.8)

Figura 6: Oportunidad de diagnóstico Río Negro, año 2019.



Fuente: Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (2019).

La mayor cantidad de diagnósticos tardíos en relación a los diagnósticos oportunos, da cuenta de políticas públicas que están llegando tarde o en momentos donde las y los usuarios del sistema de salud se presentan mayoritariamente con la infección en estado avanzado. Esto redundará en óbitos o muertes de personas que si hubiesen accedido al sistema de salud y hubiesen sido retenidos o contenidos para realizar o continuar los tratamientos podrían haberse evitado esas muertes y potenciales transmisiones de la infección a otras personas.

A modo de cierre, podemos decir que consideramos al boletín epidemiológico como una herramienta de sistematización fundamental para planificar acciones políticas orientadas a políticas públicas que trabajen desde la prevención en VIH y sida. Podemos entender estas políticas desde una mirada de políticas preventivas, aunque las estadísticas también pueden servir como un control de la población. Las políticas públicas en VIH por acción o por omisión tienen una intencionalidad propia del Estado inscripta en la biopolítica, es decir, para el control sobre la vida biológica de la población. Entonces; ¿qué alcances tienen las políticas a partir de estos registros estadísticos? ¿Qué utilidad tienen las estadísticas para las políticas públicas en prevención de VIH? ¿Se encuentran en el marco de la prevención? ¿Qué implica sobre la vida de la población?

Siguiendo con este análisis, nos interesa desentrañar otro aspecto sobre las políticas de prevención en VIH, que se orienta a la capacitación existente del personal del sistema de salud y los paradigmas que las subyacen.

5.2. Capacitarse para sospechar

Desde la información recuperada de medios periodísticos online y la página oficial del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, pudimos identificar acciones en materia de políticas de prevención en VIH. Una de ellas consistió en el Encuentro Provincial de la Red de Tuberculosis en 2019 en la ciudad de Viedma, que contó con la presencia de referentes de los hospitales rionegrinos. Según la referente del Departamento Provincial de Enfermedades Transmisibles,

Esta es una enfermedad que se busca, se diagnostica, se trata y se cura; pero desde la aparición del VIH las dos enfermedades se llevan muy bien. Entonces una persona con VIH tiene más posibilidad de desarrollar Tuberculosis (TBC) o a la inversa, un diagnóstico de TBC puede orientar hacia el diagnóstico de VIH. (Ministerio de Salud de Río Negro, 2018)

Respecto al trabajo hacia dentro del personal de salud, según la directora del departamento: “se les pudo taladrar la cabeza con el test rápido de VIH” (entrevista, 29 de enero de 2021), haciendo referencia al énfasis que se hizo desde el Departamento de Enfermedades Transmisibles en 2017, 2018 y 2019 en salud pública. Sin embargo, en esta misma entrevista se centró principalmente en la capacitación al personal de salud en test rápidos de sífilis¹⁴ en las ciudades más afectadas y luego mencionó -sin darle la misma relevancia- el testeo rápido de VIH. Consideramos que aunque la sífilis es una infección que se puede diagnosticar junto con el VIH, la implementación de testeos para detectar la primera muestra cierta preponderancia en las políticas durante estos años en relación al VIH.

¹⁴Esto se debe a que, en palabras de la ex Directora del Programa Provincial: "nación nos selecciona junto con otras 3 provincias, Formosa, Salta y San Juan por prevalencia de sífilis congénita, para una experiencia piloto de implementación del test rápido de sífilis en el primer nivel de atención" (Entrevista, 29 de enero de 2021).

Retomando la mirada de la médica en referencia a las capacitaciones en salud pública, podemos ver que ella identifica la existencia de una perspectiva provincial que apunta la prevención centrada en el personal médico únicamente.

Desde que yo entré, las capacitaciones que habían eran desde el referente provincial, y eran dirigidas a los médicos: cómo diagnosticar, cuándo sospechar, que “hay que pedir más test de HIV, están sospechando poco, se testea muy poca gente”, pero las capacitaciones siempre apuntando a eso. Nunca tuvimos una capacitación que tuviera que ver (...) con la poca autocrítica, de decir: “analicemos por qué estamos testeando poco”; ¿por qué la conclusión siempre es que el médico que está testeando poco? (...). Porque si vamos a depender de la sospecha del médico, ¿cuántos médicos hay en el sistema de salud con respecto a todo el personal?, somos los menos. Que vos ya pienses en hacer prevención o detección precoz de algo pensando solamente en un subgrupo del área de salud (...) que está sobrepasado, (...) porque nunca logramos tener completos los staff de médicos (...) ya vas al fracaso directo. (Entrevista, 8 de Marzo de 2021)

En la perspectiva de la médica del CS, podemos ver la centralidad que tienen los y las médicas en las capacitaciones en testeo rápido cuando puede ser todo el personal de los CAPS que esté capacitado en esta temática y en esta práctica. Esto podría generar, a su vez, la posibilidad de trabajar la promoción y prevención en VIH y sida más integralmente, y lograr que los y las usuarias del sistema de salud tengan las herramientas para trabajar desde el conocimiento y el asesoramiento. Desde la mirada del modelo médico hegemónico través de su asimetría, autoritarismo, de la participación subordinada y pasiva del paciente, se pone en segundo lugar de la escala a los y las distintas agentes de salud como enfermeros y enfermeras, agentes sanitarios y administrativos/as que constituyen el primer contacto de los y las usuarias con el sistema de salud y a estos últimos como meros/as “pacientes” y receptores/as de estas políticas sin ningún tipo de participación en las mismas.

Por otro lado, en estas dos últimas entrevistas citadas, vemos perspectivas distintas. La jefa del Departamento afirma que existe una importante capacitación en test de VIH y por otro lado, la médica del CS que expone la falta de personal médico, y la necesidad de ampliar la formación y la forma de trabajo de manera que se puedan descentralizar las tareas de los mismos, pero argumenta que no existen políticas o lineamientos de trabajos desde el nivel provincial (ya sea el Ministerio de Salud o el Departamento).

Hay que pensar estrategias como la del HIV¹⁵, que es ampliar la visión al resto del personal de salud, para que (...) [si] no lo está pudiendo sospechar el médico, que lo sospeche el agente sanitario, que lo sospeche el enfermero, que lo sospeche la administrativa (...) pero no es algo que se baje desde provincia como lineamiento. (Entrevista, 8 de Marzo de 2021)

En la búsqueda de información referida a experiencias del personal de Salud Pública en prevención de VIH en Río Negro durante 2018 - 2019 y en línea con lo anterior, consultamos tanto a infectólogas de los hospitales de mayores niveles de riesgo¹⁶ de la provincia (Bariloche, Viedma, General Roca y Cipolletti) como a los equipos de salud sexual y reproductiva de los mismos, y nos encontramos con la realidad que el personal de salud no posee información sistematizada sobre experiencias en programas, iniciativas o capacitaciones en prevención de VIH, a excepción del equipo de salud sexual de Bariloche, sobre el periodo analizado (2018-2019).

Es por esto que nos preguntamos: ¿a qué se deben estas posiciones contradictorias? Es importante resaltar que para entender las políticas estatales debemos comprender que las tomas de posiciones dentro de las organizaciones estatales no son unívocas, homogéneas ni permanentes (Oszlak, 2015). Esto nos lleva a preguntarnos, ¿qué dinámicas se dan dentro del sistema de salud a la hora de pensar la prevención en VIH?, ¿han cambiado los paradigmas?, ¿qué alcance tienen las políticas en prevención de VIH a partir de estos paradigmas? y ¿qué estrategias posibles se pueden incluir en el diseño de estas políticas?

Siguiendo el análisis de las políticas de prevención en VIH, no interesa también abordar las campañas en prevención realizadas desde el Estado provincial rionegrino en el período consignado.

¹⁵Con esto hace referencia a las capacitaciones por parte de AHF en el modelo de pruebas rápidas.

¹⁶A partir de la adhesión de la Provincia al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, se toman como referencia los criterios básicos propuestos. Los mismos plantean una categorización por niveles de riesgo basada en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano. El eje está determinado por la demanda y las necesidades de salud de la población y no por la oferta de servicios que caracterizaba al modelo anterior. En ese marco, se definen tres niveles de categorización: I, II y III, que corresponden a Bajo, Mediano y Alto Riesgo respectivamente (Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro, 2013)

5.3. Mejor prevenir que curar

Las campañas registradas, consisten en relación al uso del preservativo llamado “*Usalo. Spot Uso del Preservativo*”, una producción audiovisual desde Río Negro Salud (Río Negro Salud, 2018), disponible en la plataforma YouTube. Esta producción hace referencia exclusivamente al uso del preservativo para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS). Otro enlace contiene la campaña nacional “*Usalo bien*” destinada a adolescentes y jóvenes, y con el fin de transmitir un mensaje de prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) a través del uso correcto del preservativo y el campo de látex. El objetivo principal de la campaña es reforzar la idea de que el preservativo es el único método que, utilizado correctamente en todas las relaciones sexuales (anales, vaginales, orales), previene las ITS como VIH, sífilis o gonorrea, entre otras. Sin embargo, podemos preguntarnos si esta manera de trabajar la prevención con el foco en el individuo no singulariza y reduce la misma a una responsabilidad individual, desde una mirada totalmente neoliberal, dando por sentado que todos los demás factores se encuentran garantizados a la hora de tener relaciones sexuales y usar o no el preservativo, a saber: las desigualdades de género, la información disponible, el acceso a métodos de barrera (ya sea disponibles en los espacio de salud así como el precio de los mismos en el mercado), los mitos que circulan alrededor del uso del preservativo, etc. Por otro lado,

El discurso mayoritario de las campañas define un destinatario VIH-, pone la agencia de la infección en la persona con VIH y emplea estrategias de recomendación con un alto grado de obligatoriedad. Por otra, se puede ver un intento por convertir a la persona con VIH en público de la campaña y ofrecer más opciones a la hora de promocionar estrategias de salud sexual. (Ávila, 2014, p. 138)

Sin embargo, “el hecho de que los discursos de las políticas de intervención social definan los papeles de lo que es correcto o incorrecto tiene efectos, necesariamente, en cómo las personas perciben sus mensajes” (Ávila, 2014, p. 140). De esta manera, los discursos estatales construyen modelos de comportamiento que son deseables o indeseables, por esto es necesario revisar los discursos de prevención para adaptarse a la realidad de la infección por VIH (Ávila, 2014).

Por otro lado, la información disponible en la página web del Departamento de Enfermedades Transmisibles (Gobierno de Río Negro, 2020) da cuenta de campañas de

prevención en VIH, ITS Hepatitis Virales y métodos de prevención, y se orienta a la comunidad en general, a periodistas y equipos de salud.

Por lo que respecta al registro de campañas de promoción relevado del Diario La Mañana Cipolletti¹⁷ se difunden los testeos rápidos de VIH en cuatro barrios de Cipolletti - el hospital Pedro Moguillansky y en los centros de salud de los barrios Puente 83, 1200 viviendas y Anahí Mapu- el 1 de diciembre de 2018. Aunque no se registre en esa noticia, esta iniciativa fue en conjunto con la organización AHF y formó parte del trabajo en conjunto.

En la noticia titulada “Hacerse el test, la clave contra el virus del VIH” el 1 de diciembre de 2019, se argumenta que el Ministerio de Salud provincial no difundió las cifras, ni datos sobre los pacientes que se atienden en Río Negro, pero destacó la tendencia de aumento de diagnósticos porque demuestra el “buen resultado” de las políticas oficiales que promueven la realización de los testeos. En este punto nos interesa detenernos por un momento para abrir algunas interrogantes: ¿Qué se entiende por buen resultado de las políticas oficiales? ¿Sólo el aumento de diagnósticos? Consideramos que los diagnósticos de VIH y el inicio del tratamiento es una forma de prevención de este virus, pero ¿qué sucede con el resto de los componentes de la prevención? Por otro lado vemos que las iniciativas de testeos rápidos hacen referencia principalmente al 1 de Diciembre, día mundial del sida, sin registrar iniciativas de manera sistemática y planificada durante el año. La presencia de campañas de testeo rápido de VIH una vez al año, en una fecha efeméride, nos hace preguntar acerca de la continuidad en estas acciones por parte de las autoridades provinciales. Aunque existan espacios disponibles en los hospitales consideramos que los centros de salud deben ser espacios donde se lleve a cabo esta política de prevención de manera sostenida en el tiempo.

Según se titula que desde Diciembre de 2017 a Diciembre a 2018¹⁸ se distribuyeron:

Piezas de comunicación y divulgación provenientes de la Dirección Nacional de Sida, ITS y Hepatitis Virales, y material gráfico y visual desde el departamento de

¹⁷ Diario web local con origen en la ciudad de Neuquén y con presencia actualmente también en la ciudad de Cipolletti: <https://www.lmcipolletti.com/>

¹⁸ Incluimos este boletín ya que el período que recorta incluye de Diciembre de 2017 a Diciembre de 2018. Para nuestra investigación nos interesa analizar desde Enero de 2018 a Diciembre de 2019.

Educación para la Salud del Ministerio de Salud de Río Negro (...). Se distribuyó un material novedoso consistente en pastilleros, carnet del paciente VIH y recetas para favorecer y estimular la adherencia al tratamiento. (...) [Así también] se distribuyeron 512.900 preservativos y 112.500 geles lubricantes. (Ministerio de Salud de Río Negro, 2018, p.25)

En esta línea, la información indica que se distribuyeron 14440 reactivos de test rápidos en 2018. Esto demuestra un aumento en la distribución a pesar de problemas en la entrega desde la Dirección Nacional de SIDA.

Además, en el año 2019, “se realizaron hasta la fecha 55998 testeos, y 6148 test rápidos, ampliando el ofrecimiento de testeo” (Ministerio de Salud de Río Negro, 2019, p.20). De igual manera, desde la mirada de la jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles,

Una de las cosas que fue producto del trabajo interdisciplinario fue la necesidad de hacer una publicidad sobre el uso de preservativos, y se hizo. Hace dos años se largó una campaña masiva con folletería, con gráfica, hay para poner en el baño de un boliche, en la parada del colectivo. Eso está disponible y hay que revitalizarlo para ofrecerlo y que circule, es la marca registrada del departamento. (Entrevista, 29 de enero de 2021)

En materia de prevención se identifican en 2019 los mismos materiales que en 2018, generados en el marco de la campaña de promoción de uso de preservativo. A su vez, se distribuyeron 59150 piezas de comunicación, 532656 preservativos y 115800 geles lubricantes (Boletín epidemiológico, 2019).

A partir del relevamiento de esta información, podemos identificar que este flujo de información es necesario para recibir legitimidad (Oszlak, 2015). Ya que en la medida que también el Estado se abre a la ciudadanía, entrega información, recibe legitimidad; implica un recurso de poder (Oszlak, 2015). Sin embargo, estos números, resultan piezas sueltas sin un anclaje contextual, es decir, sin una orientación si esta cantidad de insumos entregados son suficientes para fomentar políticas públicas en salud en prevención de VIH y sida. Nos lleva a preguntarnos si las mismas llegan a todo el sistema de salud provincial, si los CAPS los reciben efectivamente y saben cómo utilizarlas. Hasta el momento vemos que esto no sucede de manera homogénea, sistemática, planificada e integral acorde a la necesidad de la atención primaria así como para revertir la epidemia del VIH y el sida.

5.4. Un testeo sobre la prevención de VIH en Río Negro

Siguiendo el análisis sobre las políticas públicas de prevención de VIH y sida, nos interesa pensar la utilización del test rápido, el cual ganó importancia ya que

Facilita el diagnóstico en aquellos lugares con accesibilidad reducida a los servicios de salud debido a las distancias, y además permiten reducir y agilizar los circuitos de derivación para ulteriores estudios, favoreciendo el trabajo con las poblaciones más vulnerables al virus. (Dirección de Sida y ETS, 2016, p.7)

La realización de este tipo de test en el nivel de APS facilita la distinción entre personas posiblemente infectadas de las no infectadas, asegurando de manera más rápida el diagnóstico y tratamiento a las primeras en el caso que se confirme el resultado, y un refuerzo de la prevención en las prácticas de riesgo en todas. Es importante saber que es una herramienta de acercamiento al diagnóstico para la detección del VIH, no un diagnóstico en sí mismo¹⁹. Por lo tanto, los objetivos que se buscan a través de esta nueva estrategia son: “1. Ampliar el acceso al diagnóstico. 2. Acelerar la derivación de aquellas personas identificadas (...) presuntamente positivas a servicios de salud para el seguimiento y tratamiento. 3. Mejorar en términos de tiempo y recursos el diagnóstico de VIH” (Dirección de Sida y ETS, 2016 p.7).

En línea con estas preguntas, resulta importante retomar y detallar la experiencia de aplicación del modelo de pruebas rápidas en los centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Cipolletti.

Según la Dirección de SIDA y ETS (2013), el Centro de Testeo de la ciudad de Cipolletti es el Hospital Pedro Moguillansky. Hasta el mes de agosto de 2020, a partir de información brindada por el Ministerio de Salud de Río Negro, los centros de salud existentes en esta ciudad son: “Balsa Las Perlas”, “Don Bosco”, “del Trabajo”, “Ferri”, “El 30”, “Puente Madera”, “Puente 83”, “Ripiera Palito”, “Tres Luces”, “Costa Norte”, “1224 Viviendas”, “Anahí Mapu”, “Pichi Nahuel” y “Luis Piedrabuena”.

¹⁹El test rápido de VIH detecta presencia o ausencia de anticuerpos de VIH. Es por eso que si un resultado es “reactivo” significa presencia de los mismos y debe realizarse otro análisis que detecte el virus en sangre. Luego de que se detecte el virus en sangre se diagnostica como resultado “positivo”.

En la noticia titulada “Hacerse el test, la clave contra el virus del VIH” el 1 de Diciembre de 2019, la jefa del departamento de Enfermedades Transmisibles, explicó con respecto al mismo que:

Vino a fortalecer el diagnóstico, porque surge como respuesta a un problema mundial que es que la gente no demanda el análisis; sí es más predispuesta a hacerse un test rápido, pero después de eso hay que recorrer un camino que llevará a confirmar o descartar el virus. (La Mañana Cipolletti, 2019)

Por su parte, la secretaria de Relaciones Institucionales de Salud, Mercedes Ibero, enfatizó lo importante que son las campañas de test rápido que se realizan en Río Negro, porque "permiten llegar a una franja etaria que es la adolescencia, debido a que antes no se permitía que un adolescente menor de 16 o 18 años accediera al test de VIH sino estaba acompañado por el padre" (La Mañana Cipolletti, 2019).

Según el registro del boletín epidemiológico de la Provincia de Río Negro (Ministerio de Salud de Río Negro, 2018), la demanda espontánea es la variable por la que menos cantidad de test se realizan, siendo los controles de embarazo la principal causa de testeo de VIH. El testeo rápido de VIH se incorpora en APS a partir de un encuentro de toda la red provincial de VIH en Agosto de 2018, con muy buena respuesta según se indica:

[Es] un reto a las Instituciones, no esperar pasivamente la llegada de los usuarios. Hay que salir a buscarlos para decirles que hay formas rápidas y confiables de conocer su estado. El test rápido es la respuesta a esa necesidad global de llegar antes, buscando activamente los infectados lo más tempranamente posible, para darles respuesta, acompañarlos y planificar una estrategia que les permita un proyecto de vida con calidad de vida. (Ministerio de Salud de Río Negro, 2018, p. 27)

Según el boletín epidemiológico de la Provincia de Río Negro, en el año 2019, se distribuyeron 15660 reactivos para test rápidos de VIH, 1220 más que en 2018. En este sentido, se demuestra que el testeo rápido “sigue siendo una herramienta cada vez más utilizada, incorporando a los CAPS y a los Hospitales de menor complejidad” (p. 21).

A su vez, en el año 2019 se realizó una incorporación de “puntos de testeo a la red, permitiendo aumentar la oferta de acceso al diagnóstico (...). También se potenció la posibilidad de captación de nuevas infecciones, al incorporar a Organizaciones de la

Sociedad Civil que colaboran en las actividades de testeo rápido (Boletín epidemiológico, 2019, p. 23).

Por otro lado, resaltan la importancia de utilizar el test rápido de VIH “más allá que en circunstancias eventuales” (Ministerio de Salud de Río Negro, 2019, p.20). En este punto nos quisiéramos detener. Podemos interpretar que utilizar el test “más allá que en circunstancias eventuales” significa ofrecer el test a toda persona que se acerca a un centro de salud o tenga contacto con el sistema de salud, más allá de alguna práctica de riesgo. En este sentido es necesario reforzar la importancia de las directrices en materia de políticas públicas para que la implementación del testeo rápido sea una actividad constante y sistemática dentro de la Atención Primaria de la Salud funcionando efectivamente en primer nivel de manera preventiva en VIH y sida. Así lo afirma la jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles, Celeste Gómez: “si la gente se diagnostica más, tiene la posibilidad de adherir a un tratamiento, no enfermar y no morir” (Ministerio de Salud, s/f). Sin embargo, siguiendo a Menéndez (1988),

Una cosa es que el sector salud invoque constantemente la importancia de la medicina preventiva y otra verificar cuáles son los recursos que realmente invierten en este tipo de medicina, comparado sobre todo con lo que invierte en medicina curativa. (p. 4)

En esta lógica, el boletín epidemiológico de Río Negro de 2018 informa acerca del diagnóstico tardío en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana y posibles estrategias para evitar el mismo:

Es una evidencia de las fallas del sistema a la hora de dar respuesta. Puede adjudicarse, entre otras cosas, a la existencia de obstáculos que el usuario encuentra en el camino que debería llevarlo a conocer su situación serológica, (...) y en todo ese tiempo, el Sistema de Salud, no fue percibido como accesible. (...) La instrumentación del testeo rápido en el Primer Nivel de Atención, la oferta permanente del testeo, desde temprana edad, amparados por el marco legal vigente que así lo habilita, la capacitación ampliada a todo el Equipo de Salud en testeo rápido, la tarea conjunta y coordinada con las Organizaciones de la Sociedad Civil, son estrategias a evaluar y adoptar hacia adentro de nuestros Hospitales en lo inmediato. Esta fue la propuesta a los equipos durante el año 2018: facilitar el

acceso y bajar los indicadores de diagnóstico tardío. (Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro, 2018, p. 9 y 10)

Por otra parte, nos resultó relevante incorporar la perspectiva de un enfermero perteneciente a uno de los Centros de Salud considerados en esta investigación y que trabaja en salud pública desde 2013. Desde su lugar, expresa cierta disconformidad frente a las decisiones políticas en materia de VIH y sida:

Lamentablemente las políticas, (...) lo que yo puedo ver: para sacarse la foto salen todos pero después cuando hay que continuar el proyecto lamentablemente no están, no sabes a qué fuente consultar para continuar. Quizás en vez de tener un apoyo para esa continuidad tenés más obstáculos que apoyo. Entonces eso es lamentable. (Enfermero, entrevista, 25 de Febrero de 2021)

De esta manera, el testeo rápido forma parte de las políticas públicas en salud, pero no de manera sistemática y con diferentes deficiencias que acaecen al SSP como la falta de accesibilidad al mismo. Esta, se identifica desde el boletín epidemiológico debido a la lógica organizacional que trae aparejadas carencias estructurales: 1) Falta de tiras reactivas, falta de equipamiento y falta de personal. 2) Resistencia a los cambios (Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro, 2018). Es importante que esto se acredite en una fuente de información oficial ya que coincide con lo planteado en las entrevistas a la médica, al enfermero y al director de AHF. Vemos una diferencia importante con la jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles principalmente la falta de personal es una idea recurrente en el discurso de la médica y desde la jefa del Departamento vemos una fuerte preocupación por el lugar invisible que tiene su Departamento para las autoridades ministeriales. Podemos esbozar en primer lugar, que la falta de coincidencia en relación a la valoración y evaluación de las políticas públicas en VIH llevadas a cabo en Río Negro tienen que ver de cierta medida con el lugar que ocupan las fuentes entrevistadas dentro de la estructura del Estado o fuera de ella. En función de la implementación de las políticas de prevención en VIH y sida, es que nos interesa profundizar sobre la relevancia y el rol que ocupan las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

6. La aplicación del modelo de testeo rápido de VIH: ¿Disputas entre el Estado rionegrino y las OSC?

Como hemos mencionado en el capítulo anterior, en una sociedad las demandas y problemas propios que surgen de su funcionamiento “pueden ser alternativamente atendidas; 1) por el Estado; 2) por el mercado y/o 3) por organizaciones de la sociedad civil, así como por diferentes combinaciones de estas instancias y actores” (Oszlak, 2004, p.1).

De esta manera, las organizaciones de la sociedad civil que realizan los test rápidos, cumplen con todo el proceso de promoción, prevención y acompañamiento a las personas diagnosticadas con VIH a través de lo que se conoce como el “asesoramiento de pares”, logrando la vinculación al sistema de salud de una manera más accesible y buscando eliminar las barreras²⁰ mencionadas. Según Ibarlucía (s/f),

Las primeras formas de respuesta colectiva que surgieron fueron las ONG con trabajo en VIH/sida. Desde el inicio de la epidemia, las organizaciones no gubernamentales ofrecieron respuestas comunitarias bajo la forma de servicios de autoayuda y asistencia psicológica, asesoramiento legal, campañas de prevención y de lucha contra la discriminación, etc. (p.4)

En este sentido, podemos pensar el crecimiento que han tenido ONG como Fundación Huésped y AHF que promueve el testeo rápido de VIH realizado en conjunto con organizaciones LGTBBIQ+, asociaciones civiles y organizaciones sociales sin la necesidad de la tutoría médica ni estatal²¹. Al respecto, el director de AHF, afirma:

El objetivo para poder pasarlo a la práctica, se necesitaba darle la oportunidad que lo sepan las personas que viven con VIH, que en Argentina era el 30% de las personas que viven con VIH. De esta manera, se empezó a impulsar los test rápidos y que lo hagan legos, no personas formadas para realizar un test, no un bioquímico. Esa fue la primera acción fuerte a nivel de incidencia política, el poder cambiar un paradigma a nivel de salud, poder sacar los diagnósticos de los POC (*Points of*

²⁰La expansión de los servicios de pruebas del VIH para incluir a los prestadores no profesionales capacitados que trabajan en el ámbito comunitario puede ayudar a aumentar el acceso a estos servicios y su aceptación por parte de los grupos de población clave y otros grupos prioritarios, los cuales pueden sentirse reacios a acudir o tener dificultades de acceso a los servicios de pruebas del VIH en los establecimientos de salud (OMS, 2015).

²¹Para la realización de test rápidos de VIH. Luego es necesaria la atención médica y la articulación con el sistema de salud público como privado.

Care) puntos de atención, sacarlos hacia la comunidad y poder ofrecerlos a través de pares. (Entrevista, 15 de febrero de 2021)

En este paradigma que cuestiona al saber centrado en el profesional especializado, propio del MMH, ¿qué tensiones vemos en el sistema de salud? ¿Qué conflictos y alianzas encontramos entre este sistema y las OSC?

Es fundamental la vinculación de las OSC que realizan test rápidos de VIH con el Estado, ya que es necesario poder derivar a la personas que tienen un resultado reactivo²² al sistema de salud para poder continuar con los análisis de sangre y así confirmar el diagnóstico. Es por esto que nos interesa preguntarnos ¿qué articulaciones o vinculaciones han sido posibles en todo el territorio provincial o pueden considerarse en un futuro próximo? ¿Qué implican estas experiencias de articulaciones para los actores del sistema de salud?

Desde la perspectiva de la médica del Centro de Salud del barrio Anahí Mapu podemos ver que

Las asociaciones que están ahí les planteas “está este programa, está esto que podemos hacer” y ellos mismos van generando redes entre los distintos barrios. (...) Pero en cada barrio hay una asociación vecinal diferente con un referente barrial distinto (...) y empiezan a sumar actores barriales que van acompañando esos procesos. Entonces se empiezan a apropiar las ideas que uno plantea y las continúan (...). Los docentes que están en los colegios del barrio también son docentes que hace muchos años que trabajan ahí. Ellos se fueron apropiando del espacio y el barrio se ha ido apropiando de ellos. (Entrevista, 8 de Marzo de 2021)

Por un lado, vamos a ver cómo existen barreras²³ para la implementación del testeo rápido de VIH, y al mismo tiempo, una inexistente política que pueda ser sistemática y

²² Presencia de anticuerpos de VIH en sangre.

²³ Las diferentes posibilidades de acceso y los distintos patrones de utilización de los servicios de salud es una de las formas en se expresa la desigualdad ante los procesos de salud enfermedad atención/cuidado (PSEA/C). Entendemos que los distintos anclajes estructurales de los sujetos (como la clase, el género, la etnia) son los principales factores que la explican, generando posibilidades materiales diferenciales de acceso a los servicios de salud, a la vez que condicionan su utilización influyendo en las percepciones de los PSEA/C. A su vez, las redes y los círculos sociales, así como las circunstancias biográficas y contextuales, son elementos que también inciden en los comportamientos vinculados con los cuidados de la salud. El estudio de las inequidades en el acceso a los servicios de salud es particularmente pertinente en Argentina, donde existe un sistema de salud segmentado, es decir, no existe un fondo único de recursos que permita ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. El sistema de financiamiento y atención de la salud se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial y municipal) y por tipo de cobertura (público, obras sociales y prepagas) (Ballesteros 2013, p. 2).

homogénea en esta materia. Finalmente advertimos a personal del sistema de salud con apertura a trabajar con OSC, pero desde su perspectiva se visualizan ciertas tensiones o resistencias. Según el director de AHF,

El problema es que en estas cuestiones existen personas, y cada una de estas personas tiene sus formas de llevar adelante estas acciones. Entonces, en algunos lugares la falta de insumos de dinero hace que las personas se sientan inseguras en su accionar y por lo tanto cuando viene alguien con estas posibilidades trata de pelearlo o sacarlo del lugar, porque moviliza un poco su zona de confort. En otros, son personas que son mucho más seguras y entiende que otra forma de poder fondearse y de poner adelante sus acciones, pueden ser las ONG o fundaciones. (Entrevista, 15 de Febrero de 2021)

El poder tiene efectos reales en las políticas de prevención en VIH, y es en estas tensiones o resistencias que vislumbramos las relaciones de poder existentes; desde y en las prácticas de los y las agentes de salud de las instituciones; entre los y la agentes de salud; desde los mismos hacia las OSC y viceversa; desde su la legitimidad de estas proveniente de su *expertise* en la materia. Se trata entonces de analizar el poder

Allí donde su intención, si tiene una intención, está totalmente investida en el interior de prácticas reales y efectivas [...], allí donde está en relación directa e inmediata con su objeto, su blanco, su campo de aplicación, allí donde se implanta y produce efectos reales. (Foucault Michel, 1992, p. 150-151)

Así, vemos que los recursos materiales pueden ser una razón de las tensiones y de las relaciones de poder presentes a la hora de articular estas organizaciones y los espacios de salud pública. Siguiendo a Jones y Cunial (2017) “la incidencia de las OSC en las políticas públicas depende de sus recursos y las oportunidades del contexto político”. Siendo el presupuesto y los recursos escasos en salud pública, la presencia de estas ONG como espacio con recursos tanto económicos como humanos puede implicar articulaciones provechosas y también resistencias o conflictos en su desempeño.

En este sentido, el rol que asume el Estado en materia de VIH influye significativamente en la vida de las personas que viven con el virus -o que potencialmente podrían convivir con el mismo-, y a su vez puede dejar un gran espacio vacío que ocupan

las OSC, disputando en estas relaciones de poder la prevención en VIH. Siguiendo a Ibarlucía (s/f),

Si bien en materia del VIH/sida el Estado cumple con sus funciones asistenciales (principalmente haciéndose cargo del tratamiento), ha resignado en gran medida la función preventiva y la contención social y psicológica de las personas que viven con VIH, delegando estas tareas en las ONG. (pp. 19 y 20)

Podemos decir entonces, que en materia de promoción y prevención de VIH y sida, el Estado se encuentra con esta *expertise* de las OSC, que se traduce en 1) la posibilidad de llegar a poblaciones que el Estado no llega tan fácilmente o que obstaculiza su acceso al sistema de salud, como la LGTTBIQ+²⁴, 2) en la implementación del Modelo de Pruebas Rápidas en Espacios Abiertos y Comunitarios, que permite la mayor accesibilidad del test de VIH, reduciendo barreras de costo, tiempo y espacio y por último, 3) en una red de articulación de trabajo en conjunto con actores de niveles estatales como no estatales con los cuales puede llevar a cabo sus iniciativas, tales como personal de salud, personal escolar, otras organizaciones de la sociedad civil, funcionarios y funcionarias políticas, etc. Es así como las OSC intervienen e inciden en la implementación de políticas públicas.

El importante rol que juegan las organizaciones sociales y redes tanto en el apoyo a las personas viviendo con VIH, (...) ya sea articulando acciones con el Estado, supliéndolo o actuando como mediadoras entre las instancias gubernamentales y los particulares, las organizaciones de personas que viven con VIH y las ONG tienen un rol fundamental en el proceso de atención de la salud de esta población. No sólo por su rol de intermediarias entre Estado y personas individuales sino por el papel clave que cumplen tanto en la provisión de servicios que no son ofrecidos por el Estado como en el apoyo a las acciones que éste lleva a cabo. (Ibarlucía, s/f, pp. 19 y 20)

Por su parte, el director de AHF argumenta que desde su lugar “no buscamos reemplazar al Estado” y que en relación a la prevención de VIH “los decisores son los que están en los cargos políticos y en el gobierno” (entrevista, 15 de Febrero de 2021). Esto, nos indica que la organización puede incidir, puede realizar acciones políticas en pos, por ejemplo, de una nueva ley de VIH o de la masificación del testeo rápido, pero son las y los

²⁴ Estadísticamente la epidemia del sida se encuentra de manera concentrada en Argentina: 34% en mujeres trans, 12% al 15% en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) (Boletín Epidemiológico DNSeITS, Diciembre 2019)

que se encuentran en los gobiernos y en los espacios de toma de decisiones las y los que en última instancia tienen que ponderar estas políticas u orientar su curso efectivo.

Sin embargo, lejos de analizar ingenuamente las políticas que asume el aparato estatal provincial en esta materia, podemos identificar que la responsabilidad política de trabajar e implementar la prevención de VIH en Río Negro muchas veces da cuenta “espacios vacíos” o cierta ausencia, es decir, da cuenta de una intencionalidad en la biopolítica del Estado rionegrino, que a su vez “deja espacio” a las organizaciones con su *expertise* en el abordaje de la prevención del VIH.

Entonces nos preguntamos: ¿qué lugar le da el Estado Rionegrino a las organizaciones de la sociedad civil en la prevención de VIH? y ¿de qué manera se pueden ampliar, profundizar y consolidar el trabajo en conjunto en materia de VIH y sida entre el sistema de salud pública y las OSC?

En Argentina, como venimos mencionando, además del sistema de salud pública, obras sociales y medicina prepaga, las organizaciones de la sociedad civil también ocupan un lugar importante en el abordaje del VIH y sida. Fundación Huésped es una de ellas, que en 1989 se formó “con el objeto de darle un cauce orgánico a la voluntad de solidaridad de quienes se acercaban al Servicio de Infectología del Hospital Fernández” (Fundación Huésped, 2020). Su meta consiste en lograr “una sociedad equitativa, saludable y sustentable con acceso a servicios, atención y derechos humanos, donde sean garantizados los derechos a la salud en un contexto de no discriminación” (Fundación Huésped, 2020).

Por otro lado, AHF (Aids Healthcare Foundation) es una ONG global sin fines de lucro que brinda medicina de vanguardia y defensoría a más de 1.350.000 personas en más de 43 países, con el lema “Medicina de vanguardia y abogacía, independientemente de la capacidad de pago de nuestros usuarios”. Tiene su sede en Los Ángeles que provee de tratamiento innovador, defensa y acompañamiento de las personas viviendo con VIH y SIDA desde 1987. Hoy, da tratamiento a más de 488,589 personas en 36 países alrededor del mundo:

Actualmente es el mayor proveedor de atención médica en respuesta VIH y sida a nivel internacional. (...) AHF Argentina inició su programa en 2013 para dar respuesta integral al VIH/sida. Desde entonces aboga por la calidad en la atención clínica; por el acceso al tratamiento temprano y de vanguardia; y porque los medicamentos necesarios se mantengan gratuitos y

estén disponibles continuamente en todo el país. Para cumplir su misión desarrolla programas de diversa índole basados en tres ejes: prevención, calidad en la atención clínica e incidencia política. (AHF, 2020)

El programa se sostiene con hospitales locales y universidades para educar y entrenar a doctores, enfermeras y profesionales de VIH en el tratamiento y acceso a servicios. Actualmente el programa opera en 40 países, distribuyendo miles de condones marca *Love* (preservativos con marca propia), panfletos y apoyando nuevas iniciativas de ley para poblaciones en riesgo y nuevo diagnóstico.

En el primer año, AHF Argentina administró más de 15.000 pruebas de VIH. En el 2016, realizó 30.013 pruebas rápidas. AHF trabaja con 5 clínicas que cuentan con 10.000 pacientes en Buenos Aires, Rosario, Córdoba y Venado Tuerto (AHF, 2020).

En noviembre de 2017, la organización decide ampliar sus recursos humanos e integrar nuevos/as empleados en gran parte del país, para fortalecer su trabajo con una estrategia territorial a partir del año 2018. En Mayo de ese año, en el marco de este crecimiento, AHF comienza a articular con el hospital Pedro Moguillansky de la ciudad de Cipolletti para planificar acciones en prevención de VIH. Esta iniciativa corresponde con la metodología de trabajo de la ONG que implica coordinar con lo que se denomina “alianzas” (hospitales y organizaciones de la sociedad civil) para promover la prevención en VIH, difundiendo información, entregando preservativos y folletería gratuita así como los materiales necesarios para realizar testeos rápidos de VIH. En esta línea de trabajo, se organizan acciones en conjunto para comenzar en el mes de Agosto con la infectóloga del nosocomio. Por consiguiente, se decide realizar capacitaciones sobre test rápidos de VIH a todos los CAPS de la ciudad, para llevar a cabo una actividad masiva en cada uno. Se acuerda en la importancia de tener como objetivo el acceso a los test rápidos de VIH así como la información como parte de la APS en esos espacios. En un primer momento se realizan las jornadas en el CAPS “Anahí Mapu”, luego el ubicado en Barrio “Del Trabajo”, “120 viviendas”, y en Diciembre “Don Bosco”, centro de salud “Balsa las Perlas”, “Puente 83”, “El 30”, “Ferri” y “Pichi Nahuel”.

Estas acciones fueron avaladas por el director del hospital Pedro Moguillansky y con autorización del Departamento de enfermedades transmisibles de la Provincia de Río Negro, pero surgen como iniciativa del trabajo en conjunto de la ONG y la infectóloga de este hospital.

Las capacitaciones se llevan a cabo entre AHF y esta infectóloga. Las mismas se conforman como un proceso expositivo donde se trabajaba la información científica básica con respecto al virus, sus vías de transmisión, etc. Esto se complementaba con el proceso de Modelo de Testeo Rápido en espacios abiertos y comunitarios llevado a cabo por AHF, para poder adaptarlo a los centros de salud; pre consejería, llenado y firma de consentimiento informado, aplicación de la prueba, entrega de resultado. El personal que asistió a la misma estaba compuesto por integrantes de cada centro de salud, pero también participaron estudiantes de la carrera de agente sanitario. En relación a esto, la médica entrevistada en uno de los CS afirma:

Cayó muy bien que se amplíe la mirada y se contemple a todo el equipo de salud [y] cuando fuimos a la capacitación (...) y vieron que podían comprender todo lo que se estaba transmitiendo y lo que no, se podía preguntar (...) y se apropiaron ellos. (...) Fue la puerta de apertura para un montón de otras cuestiones que empezaron a surgir dentro del equipo, donde los mismos compañeros (...) empezaron a pedir que los capacitemos en otras infecciones, métodos anticonceptivos, sobre interrupción legal del embarazo. (Entrevista, 8 de Marzo de 2021)

Esta capacitación en el testeo rápido de VIH “facilitó mucho el acceso y facilitó que personas que antes no llegaban al sistema de salud vayan por eso a lo mejor, y después es la apertura para engancharse a otras cuestiones” (entrevista, 8 de marzo de 2021).

Luego de los procesos de capacitación, se plantean jornadas abiertas a la comunidad para realizarse el test rápido de VIH con mucha difusión y organización por parte de los centros de salud como del personal de infectología. Se pretende llegar a la mayor población posible, sobre todo población propia de los barrios donde se asientan los centros de salud difundiendo a través de los medios locales radiales y audiovisuales entre el personal mencionado y la ONG. La organización parte desde la infectóloga, la cual dividió el lugar del personal de salud en cada momento de la jornada: promoción del testeo por las casas del barrio, pre consejería, llenado del consentimiento informado, aplicación del test rápido y entrega del resultado. También se realizó una jornada de testeo rápido de VIH en el Hospital de Cipolletti el 1 de diciembre de 2018 y 2019. Cabe destacar que muchas veces los insumos para realizar los testeos fueron provistos por AHF, pero otras veces el sistema de salud aportaba los mismos preservativos y folletería para las

actividades. Así, estas jornadas abiertas y masivas, (sin necesidad de turnos) demostraron la importancia de capacitación, difusión y visibilización del testeo de VIH como de la infección en sí misma ya que muchas personas desconocían la existencia de este test y la posibilidad de realizárselo en un CAPS. Por otro lado, y referido a las capacitaciones del personal de salud, fue evidente el desconocimiento o la información errónea de la que disponían sobre VIH y sida mostrando la desactualización sobre la infección en este sector del sistema de salud. Se pudo observar que en los profesionales de la salud surgen barreras que son comunes a cualquier actividad de prevención de la salud como falta de tiempo y problemas de prioridades.

En 2018 se realizaron 263 test rápidos de VIH en la ciudad de Cipolletti: 70 fueron hombres, 195 mujeres, no asistieron trans, y se encontraron 4 reactivos²⁵. En 2019 se realizaron 363 test, de los cuales hombres fueron 99, mujeres 261, trans femeninas 1 y trans masculinos 2, con 1 reactivo. Estos datos, extraídos de sistematizaciones de AHF, son importantes ya que gran parte de esta población era la primera vez que se realizaba un test de VIH, los casos reactivos encontrados se confirmaron como positivos que luego pudieron iniciar rápidamente su tratamiento. Estos datos, así como todos los obtenidos junto al trabajo con las alianzas, AHF los sistematiza y publica cada año en su página web²⁶. Otro punto a analizar, y a preguntarnos se refiere a los insumos para las realizar los testeos rápidos de VIH en estas jornadas; ¿Por qué si el sistema de salud posee estos insumos no se realizaron antes capacitaciones y jornadas de testeo durante todo el año en los Centros de Salud?, ¿qué obstáculos, decisiones o políticas subyacen en estas situaciones?

En resumen se pueden señalar tres aspectos a que se identificaron en función de las fuentes primarias y la propia experiencia:

- a- Necesidad de capacitación a todos los integrantes de CS, desde el personal administrativo hasta las médicas.
- b- Lenguaje coloquial de la capacitación que rompió la barrera del lenguaje técnico médico, incluidas las que trabajan en el sistema de salud.
- c- Falta de tiempo y problemas de prioridades del personal de salud como una de las barreras para la aplicación del test rápido

²⁵ Indica la existencia de anticuerpos de VIH en sangre.

²⁶ <https://testdevih.org/>

De esta manera, vemos que la transversalidad del saber a todo el personal del salud así como el acceso a un lenguaje coloquial sobre la infección y sus formas de prevención, alejada de lo que significa el lenguaje técnico que utilizan los y las médicas –subyacente del Modelo Médico Hegemónico- generó las condiciones para poder trabajar la promoción y prevención del VIH y del sida sin mayores gastos de presupuesto pero sí con algunos cambios en la metodología de trabajo y la concepción sobre quiénes pueden ser las personas aptas para trabajar en la prevención. Lejos del saber concentrado, profesionalizado y jerarquizado en los y las médicas del que habla Menéndez (1988), vemos la jerarquización de la prevención en función de la importancia de todo el personal de los Centros de Atención Primaria Salud y su llegada a la población.

Finalmente, esta experiencia, muestra cómo las OSC tienen una relación con el Estado que nos lleva a preguntarnos ¿qué incidencia hay en materia de prevención de VIH y sida desde las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas? Nos queda por indagar entonces si la promoción del testeo rápido de VIH, así como el relevamiento de datos de los test realizados y las características poblacionales que de esto se derivan, inclina la balanza hacia un lado o hacia otro a las OSC en las relaciones de poder en la incidencia las políticas públicas en prevención de VIH.

7. Consideraciones finales

Luego de este proceso investigativo, en el que nos propusimos el objetivo de analizar la experiencia de aplicación del modelo de testeo de VIH entre 2018 y 2019 en centros de atención primaria de la salud en la ciudad de Cipolletti, buscamos corroborar los objetivos planteados. Revisando las investigaciones existentes sobre la prevención de VIH en Argentina y en la provincia rionegrina, partimos cuestionando las políticas públicas en VIH y sida y preguntándonos por qué siguen existiendo diagnósticos tardíos y fallecimientos por esta infección. Las inquietudes se orientan desde el conocimiento del funcionamiento de la APS en la ciudad de Cipolletti y el intercambio con agentes de salud sobre esta temática.

Así es como este recorrido exploratorio fue realizado analizando fuentes estadísticas como el Boletín Epidemiológico sobre VIH-SIDA del año 2018 y 2019 de Río Negro y Argentina, y leyes tales como la ley nacional N° 23798, “Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida” y la ley N° 27675 “Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual – ITS- y Tuberculosis –TBC-”, sancionada en 2022. A nivel local se incorporó la ley provincial Ley N° 2393, “Ley de Promoción, prevención y Atención del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” sancionada en 2008.

Para llegar a este análisis final consideramos relevante retomar algunos apartados de esta investigación para poder considerar su pertinencia:

En relación al marco del actual Estado del Arte hemos podido distinguir que existen escasas sistematizaciones del trabajo realizado a nivel provincial en Río Negro en relación a la prevención de VIH realizada desde el Estado. A su vez existe cierta ausencia en cuanto a investigaciones que aborden las políticas públicas de prevención en VIH en la provincia. Consideramos que es fundamental sumar a los boletines epidemiológicos existentes, investigaciones más actualizadas y sistemáticas sobre la temática.

Uno de los principales hallazgos de esta investigación, luego de realizar una experiencia territorial, se orienta a la sistematización realizada de saberes como aporte a la investigación cualitativa y a la producción de conocimiento científico en salud en la provincia de Río Negro. Para dar continuidad a estudios sobre prevención, esta

investigación permite que otros/as investigadores puedan recurrir a la misma para seguir problematizando y abordando el tema.

El marco teórico nos ha orientado para analizar las políticas públicas de prevención en salud. Desde la biopolítica, retomando categorías de Foucault, entendemos cómo el poder se desarrolla sobre la vida, sobre los cuerpos. En este caso, la prevención de VIH se aborda desde el Estado como implementación de acciones políticas sobre la vida. De esta manera, las políticas públicas en prevención pueden ser analizadas como dispositivos de control, las cuales tienen el objetivo de resolver una demanda que se planteó por la sociedad, que implica autoridades públicas y representantes del Estado.

Por otra parte, abordar los objetivos que planteamos al principio de este proceso investigativo resultan de crucial importancia para esbozar algunas ideas finales.

Como principal objetivo nos planteamos analizar las políticas públicas de prevención en VIH en el sistema de salud rionegrino. Para responder este objetivo, el trabajo se sostuvo por un lado en entrevistas con referentes en la temática ya sea dentro del sistema de salud, el Estado y de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la temática. Por otro lado, desde el análisis a lo largo de la historia del sistema de salud en Argentina, el cual, ha sufrido diferentes embates neoliberales donde la salud se ha ido privatizando y mercantilizando. En Río Negro, hemos observado cómo el sistema de salud se ha visto afectado por las distintas medidas tomadas por un Estado capitalista que se ajusta al modelo económico vigente. En algunos momentos la mejora en el financiamiento de la APS se conjuga con la falta de profesionales y equipamiento. En esta línea, agentes del sistema de salud como la médica y el enfermero entrevistados mencionan la falta de personal como un tópico recurrente y relevante a la hora de sostener la atención primaria y las políticas públicas. En el boletín epidemiológico, se identifica que la lógica organizacional del sistema de salud trae aparejadas carencias estructurales como la falta de insumos, de personal y resistencia a los cambios (Boletín Epidemiológico sobre VIH – SIDA, Año 2018). Por parte de la jefa del Departamento de Enfermedades Transmisibles se identifica la invisibilidad del Departamento frente al Ministerio de Salud. También hemos podido vislumbrar que el bajo presupuesto, y el desconocimiento del funcionamiento por parte del Ministerio de Salud de la Provincia indica la no ponderación (según distintos agentes del Estado) en la prevención de VIH y sida a nivel provincial.

En segundo lugar, otro objetivo correspondió a revisar el alcance del modelo de testeo rápido de VIH como política pública de prevención en salud en el nivel provincial y

local; rastreamos escasos registros y experiencias sistematizadas sobre aplicación del test rápido de VIH como herramienta de prevención en APS. El testeo rápido de VIH forma parte de las políticas públicas en salud como lineamiento, pero no de manera sistemática y con diferentes deficiencias que acaecen al SSP como la falta de accesibilidad al mismo. Consideramos que esto forma parte de la (in)capacidad en gestión de políticas públicas por parte del Estado en el neoliberalismo tardío. Comprendiendo las políticas estatales como tomas de posiciones para abordar una problemática socialmente relevante sin resolver parte del Estado, en un contexto determinado, el Estado rionegrino con sus diferentes actores no asume posiciones unívocas, homogéneas ni permanentes. Sin embargo, a través de sus políticas públicas en VIH por acción u omisión, ejerce el poder de hacer vivir o de arrojar a la muerte a la población, evidenciando desde un análisis biopolítico su intencionalidad.

En tercer lugar, a la hora de abordar el objetivo de caracterizar las articulaciones y tensiones entre diferentes niveles estatales, organizaciones de la sociedad civil (OSC) e instituciones, se inscribe el análisis de estas organizaciones y el trabajo realizado de las mismas en conjunto con personas que viven con VIH, de ahí que se plantan los siguientes hallazgos:

- las OSC presentan una *expertise* la cual incide en las políticas públicas e implica un movimiento favorable en el balance de poder para estas organizaciones. El Estado en este punto y en este caso, aparece en estas relaciones de poder dejando un lugar a las OSC, con las cuales negocia, coopera o se alía, y en otros casos o contextos puede llegar a confrontarlas o negarlas. Aquí se evidencia que las redes de políticas públicas no suponen relaciones unívocas entre las OSC y los distintos poderes y dependencias estatales. En esta investigación, hemos visto como algunos/as agentes del Estado como médicas y enfermeros se muestran muy permeables frente a la participación de ONG como AHF en la puesta en práctica de políticas de prevención de VIH y sida.
- Es decir, en esta experiencia no hubo obstáculos por parte de las autoridades pero sin la iniciativa del personal de salud no hubiera sido posible. Como muestra el informe (2019) del equipo de salud sexual del Hospital Dr. Ramón Carillo de Bariloche, “el derecho a la salud se efectiviza a partir de prácticas de algunos actores que intervienen sobre las estructuras; no se trata de medidas implementadas “desde arriba” (p. 368).
- En este sentido consideramos que en relación a la forma de trabajar la prevención dentro de APS es necesario diseñar estrategias que amplíen la visión a todo el

personal de salud para poder trabajar en la promoción y prevención de VIH tales como:

El trabajo en conjunto con las OSC, en tanto y en cuanto sujetos/as de la sociedad civil organizados/as y capacitados/as, supone una ampliación y cambio del paradigma actual diferente al que presenta el Modelo Médico Hegemónico. Esto trae aparejado que personas y organizaciones que no poseen el saber médico profesionalizado ni técnico pero que cuentan con capacitación, experiencia y conocimiento del territorio puedan contribuir en políticas públicas de prevención en salud. En esta línea, podemos pensar el crecimiento que han tenido ONG como Fundación Huésped y AHF que promueven el testeo rápido de VIH realizado en conjunto con organizaciones LGTBBIQ+, asociaciones civiles y organizaciones sociales.

El sistema de salud pública en Argentina funciona no sólo en los distintos niveles estatales sino en la articulación con otras instituciones y actores de la sociedad civil como instituciones escolares, organizaciones barriales, sociales y políticas, referentes comunitarias, etc., que cumplen la función de promover y sostener políticas públicas en salud de manera indirecta. De esta manera, nos ha interesado conocer la implicancia de estas experiencias de articulaciones para las y los agentes del sistema de salud así como las articulaciones que han sido posibles en todo el territorio provincial o pueden ser implementadas como acciones políticas en un futuro próximo.

Otro hallazgo de este trabajo lo constituyen las fuentes estadísticas del boletín epidemiológico de la provincia de Río Negro en 2018. Entendemos que los registros estadísticos correspondientes a los boletines epidemiológicos de 2018 y 2019, tanto provinciales como nacionales constituyen herramientas fundamentales para la planificación de políticas públicas que trabajen desde la prevención en VIH y sida. Hemos identificado que un sector de la población llega a los CAPS con diagnósticos tardíos, que trae como consecuencia muertes por enfermedades derivadas del sida. En esta línea las estadísticas de Río Negro nos muestran que la cantidad de casos de diagnósticos tardíos llegan al 75% mientras que las muertes u óbitos llegan al 35.2%. Aquí vemos que por un lado, desde el Estado, se enuncia el interés en fortalecer la APS y sin embargo, nos encontramos con un sector de la población que no es diagnosticado o que llega al sistema de salud con la infección muy avanzada. Desde el marco teórico, analizamos que existe una intencionalidad en las políticas públicas correspondiente a sostener el gobierno de la vida biológica de la población, es decir, a regular la población.

Finalmente, consideremos los discursos estatales sobre la prevención en VIH. Podemos concluir en este caso que los mismos construyen para la sociedad modelos de comportamiento con respecto a la prevención del VIH, de lo que es deseable o indeseable, los cuales inciden en cómo la sociedad se comporta frente a esta infección. Por este motivo, es necesario revisarlos para adaptarlos a la realidad de la infección por VIH y los múltiples factores económicos, políticos, sociales, culturales para su abordaje. Todo esto sin soslayar la carga moral que ha contenido el VIH a lo largo de la historia como tema tabú, relacionado con prácticas promiscuas y a ciertos sectores sociales como homosexuales, consumidores/as de drogas inyectables y trabajadores/as sexuales, estigmatizándolos/as.

En resumen, consideramos que en este contexto de investigación una de las formas posibles de entender a las políticas públicas es como dispositivos de control. De esta manera, las políticas implican una concepción de la relación entre política y sociedad, y una concepción de regulación. La ausencia de políticas, es decir, el no actuar, o el actuar de alguno/as actores pero sin una mirada explicitada y sistemática desde el Estado, también es una manera de tomar partido en esta regulación.

Nos interesa finalizar esta investigación abriendo algunas preguntas que surgieron en el proceso: ¿de qué manera es posible mantener el poder sobre la vida en un Estado capitalista que “administra” una epidemia? ¿Qué disputas hay en los gobiernos a la hora de implementar las políticas públicas? ¿Es posible la prevención como política pública para disminuir la epidemia del VIH y sida en las condiciones en las que se encuentra el sistema de salud? ¿Por qué en ciertos periodos hay un abordaje de estas infecciones y en otros hay cierta invisibilización de estas temáticas? ¿Cómo conviven estas dinámicas? ¿Existe una ponderación en la agenda pública de unas infecciones o enfermedades sobre otras? ¿Cómo es posible abordar la prevención de VIH desde otros discursos? ¿Cómo colectivizar o democratizar los conocimientos sobre VIH dentro y fuera del sistema de salud pública?

Quedarán expuestas estas líneas de investigación para profundizar en un futuro y seguir repensando las políticas públicas de prevención en VIH en el sistema de salud público rionegrino y de Argentina.

8. Referencias

- Alesio, D. (2008). La biopolítica foucaultiana: desde el discurso de la guerra hacia la grilla de la gubernamentalidad. *Aparte Rei. Revista de filosofía*, (60), 1-9. <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/alesio60.pdf>
- Alonso, G. (2016). *Las políticas de salud en cien años de democracia*. [Archivo PDF] <https://noticias.unsam.edu.ar/wp-content/uploads/2016/12/ALONSO.pdf>
- Ávila, R. y Gras P. (2014). “No sin él”: análisis crítico del discurso de las campañas de prevención del VIH dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres en España (2006–2011). *Discurso & Sociedad*, 8(2), 137-181. [http://www.dissoc.org/es/ediciones/v08n02/DS8\(2\)Avila&Gras.pdf](http://www.dissoc.org/es/ediciones/v08n02/DS8(2)Avila&Gras.pdf)
- Balbis, J. (2001). ONGs, Gobernanca y Desarrollo en América Latina y el Caribe. *Documentos de Debate MOST N° 53*.
- Ballesteros, M. (2013). *Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales*. [X Jornadas de Sociología]. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://cdsa.aacademica.org/000-038/625.pdf>
- Barrera, M., Stratta F. y Gielis L. (2007). *Reconfiguración urbana y nuevos procesos de politización de los sectores subalternos*. [Ponencia] Pre Alas 2007 Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. www.prealas.fsoc.uba.ar/pdf/prealas-2007/
- Bursztyn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Heimann L., Riveros, M. I., y Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria de la Salud en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista salud pública*, 12 (1), 77-88. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219913006>
- Ciriza, A. (coord.) (2008). *Intervenciones sobre ciudadanía de mujeres, política y memoria. Perspectivas subalternas*. Feminaria Editora. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219913006>
- De la Cuesta Benjumea, C. (2003). El investigador como instrumento flexible de la indagación. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 (4), 25-38. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940690300200403>
- Dickson, K. (1997). Colaboración entre organizaciones no gubernamentales y los gobiernos en la reforma del sector de la salud. *Revista Panamericana, Salud Pública*, 1(1), 324-328. <https://www.scielo.org/article/rpsp/1997.v1n4/324-329/es/>

- Durán, A., y Bloch, C. (2009). Respuesta al VIH/SIDA en Argentina. *Revista Argentina De Salud Pública, 1* (1), 38–40. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/464>
- Elias, N. (1990). *Compromiso y Distanciamiento*. Ediciones 62 S.A.
- Estrada, J. H. M. (2006) Modelos de Prevención en la Lucha contra el VIH/SIDA. *Acta bioethica, 12* (1), 91-100. <https://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art13.pdf>
- Falisticco C., Iglesias M., Weller S., Silva Nieto F. y Adaszko A., Ziaurriz C. (2011). VIH-sida: a 30 años. El estado argentino y la respuesta a la epidemia. *Actualizaciones en sida. 19* (9), 92-96. <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-73-92-96.pdf>
- Foucault, M. (1981). Las Redes del Poder. *Fahrenheit 450, Volumen* (Nº 1).
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del Poder*. La Piqueta.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la Sexualidad, 1. La voluntad de saber*. Siglo Veintiuno Editores.
- Gadano L., Scaletta Melo G., Ferrarino C., Vasches F. e Isasi D. (2019) [Informe sin publicar]. *La implementación de la Ley de Educación Sexual Integral (ESI) Nº 26.150 en la provincia de Río Negro en el período 2006- 2019*. Líneas Estudios en el CEIE.
- Galende, E. (1997). *De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud mental en la Sociedad Actual*. Editorial Paidós.
- García Delgado, D. y De Piero, S. (2002). *Articulación y relación Estado–Organizaciones de la Sociedad Civil. Modelos y prácticas en la Argentina de las reformas de segunda generación*. FLACSO Argentina, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsd/collect/ar/ar-020/index/assoc/D7929.dir/cenoc.pdf>
- García Delgado, D. y Gradin, A. (2017). *Neoliberalismo tardío: Entre la hegemonía y la inviabilidad. El cambio de ciclo en la Argentina*. [Documento de trabajo] (5), 15-26.
- Giaretto, M. (2014). *Sociología Política I*. [Material de Cátedra]. Universidad Nacional del Comahue.
- Gomiz Gomiz, A. y Maldonado, M. (2012). *¿Con Vocación Universalista? La Construcción de un Sistema de Salud en Río Negro* [Archivo PDF]. http://www.asociacionag.org.ar/pdfcap/6/GOMIZ_GOMIZ.pdf

- Hernández Perera, J. C. (2011). *¿Por qué sida se escribe en minúscula?* Infomed. <http://articulos.sld.cu/cimeq/?p=5341>
- Holloway, J. (1992). La reforma del Estado: capital global y Estado nacional, *Perfiles Latinoamericanos*, (1), 7-32. <https://www.redalyc.org/pdf/115/11500102.pdf>
- Ibarlucía I., Tamburrino M. C., Camarotti A. C., Gogna M., Pecheny M., Barrón López S. (2008). *La atención de la salud de las personas que viven con VIH en Argentina: consejería, seguimiento, tratamiento y adherencia. El papel de las organizaciones sociales.* [Informe]. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/2521/1/7582.pdf>
- Iuorno, G. y Crespo, E. (coord.) (2008). *Nuevos Espacios. Nuevos problemas. Los territorios nacionales en Reflexiones en torno a los estudios sobre Territorios Nacionales.* [Archivo PDF]. Educo-Universidad Nacional del Comahue-Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco-Cehepyc, Editores. <https://historiapolitica.com/datos/biblioteca/tn05.pdf>
- Jones, D. y Cunial, S. (2017). Más allá de los límites del Estado. Instituciones católicas y evangélicas de partidos del Gran Buenos Aires (Argentina) en la implementación de políticas públicas sobre drogas. *Desafíos*, 29 (2), 85-12. <http://www.scielo.org.co/pdf/desa/v29n2/0124-4035-desa-29-02-00085.pdf>
- Leiras, M. (2007). Observaciones de método para el análisis y la práctica de la incidencia. https://marceloleiras.weebly.com/uploads/2/2/7/0/22705072/leiras_2007_mtodo_para_analisis_de_incidencia.pdf
- Leone, F. (2017). Sistema de Salud, Obras Sociales y Neoliberalismo. *Revista Soberanía Sanitaria*, (3), 48- 52. <https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wp-content/uploads/2019/03/revistaSSnro3.pdf>
- Levite, M. (2014). *¿Quiénes se diagnostican tardíamente con VIH en Argentina? Un estudio de notificaciones de casos diagnosticados entre 2003-2011* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Lanús]. http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Levite_M_Quienes_2014.pdf
- Maira, M., Osman, L. y Repetto, B. (2013). *La salud de la población como dispositivo biopolítico: distintas construcciones de sujeto entorno a políticas de VIH.* [Ponencia] VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-076/177>

- Matus, A., Burton, J. e Isasi, D. (2012). *Organizaciones de mujeres, feministas, lésbicas y colectivos trans en el Alto Valle. Un mapeo preliminar*. [Ponencia] VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/vii-jornadas-2012/actas/Matus.pdf/view>
- Mazzoni, M. y Schleifer, P. (2017). *Conflictividad social, Estado y políticas públicas en el Alto Valle de la provincia de Río Negro*. 2017 [Ponencia]. XII Jornadas de Sociología Universidad de Buenos Aires. https://www.academia.edu/38720556/Conflictividad_social_estado_y_pol%C3%A9dicas_p%C3%BAblicas_en_el_Alto_Valle_de_la_provincia_de_R%C3%ADO_Negro
- Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Morgade, G. (2006). *Sexualidad y prevención: discursos sexistas y heteronormativos en la escuela media*. [Archivo PDF]. https://www.uepc.org.ar/conectate/wp-content/uploads/2013/04/Sexualidad_y_prevencion_Discursos_sexistas_en_la_escuela_media.pdf
- Ortiz-Arellano, E. (2017). Administración pública, biopolítica y el arte de gobernar. *Política. Revista de Ciencia Política*, 55(2), 67-83. <https://revistahistoriaindigena.uchile.cl/index.php/RP/article/view/53179>
- Oszlak, O, y O'Donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2 (4), 99-128. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90711285004>
- Oszlak, O. (2004). Políticas públicas y capacidades estatales. *Revista Forjando*. <http://www.oscaroszlak.org.ar/gallery/politicas%20publicas%20y%20capacidades%20estatales.pdf>
- Oszlak, O. (2006). Burocracia estatal: política y políticas públicas. *Postdata*, (11). <https://www.redalyc.org/pdf/522/52235599001.pdf>
- Señal U Académico. (29 de Septiembre de 2015). Oscar Oszlak. [Archivo de video] YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=kAnXBdRcEY0>
- Pecheny, M. y De La Dehesa, R. (2009). *Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión*. [Archivo PDF]. <http://www.sxpolitics.org/pt/wp->

[content/uploads/2009/10/sexualidades-y-politicas-en-america-latina-rafael-de-la-dehesa-y-mario-pecheny.pdf](http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2009/10/sexualidades-y-politicas-en-america-latina-rafael-de-la-dehesa-y-mario-pecheny.pdf)

- Pecheny, M. y De La Dehesa, R. (2009). *Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión*. [Archivo pdf]. <http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2009/10/sexualidades-y-politicas-en-america-latina-rafael-de-la-dehesa-y-mario-pecheny.pdf>
- Pecheny, M. y Petracci, M. (2006). Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes antropológicos*, 12 (26). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832006000200003>
- Pecheny, M. y Petracci, M. (2009). Panorama de Derechos Sexuales y Reproductivos, Argentina 2009. *Argumentos. Revista de crítica social*, 11. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/797/683>
- Pecheny, M. (2008). Investigar sobre sujetos sexuales. En M. Pecheny. C. Figari y D. Jones (Comps.), *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina* (pp. 9-18). Libros del Zorzal. <https://www.pensamientopenal.com.ar/index.php/system/files/2015/10/miscelaneas42284.pdf#page=10>
- Penso D'Albenzio, C. (2018). Las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) en la construcción de una nueva institucionalidad. *Administración Y Organizaciones*, 16 (31), 91-105. <https://rayo.xoc.uam.mx/index.php/Rayo/article/view/117>
- Pérez S. A. y Perner, S. (2018). Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina. *Interface (Botucatu)*, 22 (65), 359-371. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200359&lng=es&tlng=es
- Recoder, M., Ziaurriz, C. y Weller, S. (2012). Accesibilidad al Diagnóstico de VIH en Argentina: Estado de Situación y Propuesta de Trabajo. *Revista Argentina de Salud Pública*. 3 (11), 37-39. <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/issue/view/32/31>
- Rovere, M. (s/f). Significado y sentido de un Ministerio de Salud. *Revista Soberanía Sanitaria*. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/significado-y-sentido-de-un-ministerio-de-salud/>
- Salas-Zapata, W., Ríos-Osorio, L., Gómez-Arias, R.B., Álvarez-Del Castillo, X. (2012). Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Revista Panamericana, Salud Pública*, 32 (1), 77-81. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v32n1/77-81/es>

- Sánchez, M. (2013). *Políticas de salud y sociedad civil: El caso del VIH-sida*. [Ponencia] X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://cdsa.aacademica.org/000-038/740.pdf?view>
- Vicens, E. (2022). *(Anti) héroes: Desmanicomializar Río Negro 30 años después*. Letra Viva.
- Vignolo, J., Vacarezza M., Álvarez Sosa, A. (2011). Actualización Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivo Médico Interno*, 33(1), 11-14. http://scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Villca, H. y Fernández, F. (2004). Autonomía estatal, racionalidad administrativa y políticas sociales: la crisis del '95. En La Serna, C. y Gomiz Gomiz, J. A. (comp.). *Políticas Sociales en los '90* (pp. 40-66). Ediciones CEAPPE.
- **Leyes y Publicaciones Oficiales**

Constitución de la Provincia de Río Negro [Const.]. Artículo 59. Boletín Oficial, 1 de Diciembre de 1959 (Argentina). <http://www.sajj.gob.ar/local-rio-negro-constitucion-provincial-lpr0007202-1957-12-10/123456789-0abc-defg-202-7000rvorpyel>

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud, Argentina (2020). *Boletín N° 37 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/202011/Boletin%20VIH%202020%20final%20V2.pdf>

Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina (2016). *Modelo estándar de manual de procedimientos y calidad para la implementación de test rápidos de VIH*. http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000991cnt-2016-12_manual-procedimiento-test-rapidos.pdf

Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina (2013). *Centros de Testeo*. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000105cnt-2013-05_centros-testeo.pdf

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina (2019). *Boletín sobre vih, SIDA e ITS en la Argentina, N° 35, 2019*. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-35>

- Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina (2019). *Proyecto piloto de implementación de centros de Prevención combinada y PrEP en la República Argentina. Guía de directrices clínicas para equipos de salud* .
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001669cnt-directrices-clinicas-centros-prevencion-profilaxis-pre-exposicion-arg.pdf>
- Dirección Nacional de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (2017). *Boletín sobre vih, SIDA e ITS en la Argentina, N° 34, 2017*.
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001070cnt-2018-03-boletin-epidemi-vih-sida.pdf>
- Dirección Nacional de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (2019). *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N° 36*.
<https://bancos.salud.gov.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-36-sintesis>
- Equipo de Salud Sexual Hospital Zonal Bariloche “Dr. Ramón Carrillo” (2019). Informe del Equipo de Salud Sexual 2017-2019. Propuestas para continuar.
- Gobierno de la Provincia de Río Negro. Salud Mental Comunitaria y Adicciones (2020). *El Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro*.
<https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=49802>
- Ley N° 2.393 de Promoción, prevención y Atención del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Boletín Oficial de la República Argentina, 10 de Enero de 2008, Viedma, Río Negro.
- Ley N° 23.661. Obras Sociales. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recendarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661. Boletín Oficial de la República Argentina, 20 de Enero de 1989 (Argentina) .
<http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/14919/norma.htm>
- Ley N° 23798. Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Boletín Oficial de la República Argentina, 16 de Agosto de 1990 (Argentina). Reglamentada bajo el Decreto N° 1244/91, Buenos Aires, Argentina. <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm>
- Ley N° 24.455. Obras Sociales. Prestaciones obligatorias que deberán incorporar aquellas recendarias del fondo de redistribución de la Ley N°23.661. Boletín Oficial de la

- República Argentina, 8 de Marzo de 1995 (Argentina).
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/14919/norma.htm>
- Ley N° 24.754. Medicina Prepaga. Boletín Oficial de la República Argentina, 28 de Noviembre de 1996 (Argentina) .
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41166/norma.htm>
- Ley N° 26.150. Programa de Educación Sexual Integral. Boletín Oficial de la República Argentina, 24 de Octubre de 2006 (Argentina).
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/121222/texto>
- Ley N° 27675. Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, Otras Infecciones de Transmisión Sexual – ITS- y Tuberculosis –TBC-. Boletín Oficial de la República Argentina, 1 de Diciembre de 2022 (Argentina). Reglamentada bajo el Decreto N° 805/2022, Buenos Aires, Argentina.
<https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=3E29D782C4E7624B104030E9B601D244?id=375863>
- Ley N°2570. Reformulación Administrativa del Sub Sector Público de Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, 10 de Enero de 2008, Viedma, Río Negro.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-2570-123456789-0abc-defg-075-2002rvorpyel>
- Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Desarrollo y Fortalecimiento de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y sífilis (CePAT) en Argentina. Un modelo de atención para promover la accesibilidad al test de VIH y sífilis con asesoramiento.*
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000106cnt-2013-05_guia-cepat.pdf
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). *Guía práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención.*
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001366cnt-2018-10_guia-vih_per-nivel-atencion-adultos.pdf
- Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (2013). *El Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro.* <https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=49802#>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (2018). *Boletín Epidemiológico sobre VIH – SIDA, Año 2018 “De Diciembre a Diciembre”.*

- Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (2018). *La salud sexual es un derecho* .
<https://www.rionegro.gov.ar/?contID=54188>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (2018). *Vuelve a trabajar en Río Negro la red contra la tuberculosis*. <https://www.rionegro.gov.ar/?contID=53061>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (2019). *Boletín Epidemiológico sobre VIH – SIDA, Año 2019 “De Diciembre a Diciembre”*.
https://salud.rionegro.gov.ar/sala/documentos/documentos/docu8_rn.pdf
- Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (s.f). Enfermedades transmisibles.
<https://www.rionegro.gov.ar/index.php?contID=17794>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro (s/f). *Sala de situación Local*.
<https://salud.rionegro.gov.ar/sala/index.p>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (s/f). *Prevención del VIH*. <https://www.unaids.org/es/topic/prevention>
- Organización de las Naciones Unidas SIDA (2019). *Hoja Informativa - Día Mundial del SIDA 2019. Estadísticas mundiales sobre el vih*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (Julio de 2015). La OMS recomienda que los prestadores no profesionales realicen pruebas del VIH.
<https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/policy-hiv-testing-by-lay-provider/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Orientaciones clínicas aplicables a lo largo de todo el proceso asistencial: diagnóstico del VIH y uso de ARV con fines preventivos. *En Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública* (pp. 67-84).
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129493/9789243505725_spa.pdf;jsessionid=ED82A2A2210EA6661E4E483C7720E25E?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud (1978). *Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 Septiembre de 1978*.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Indicadores de Salud: aspectos conceptuales y operativos* (Sección 1).
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations

Organización Panamericana de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*.
<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Resolución 55 - E/2017. [Ministerio de Salud de la Nación]. 12/01/2017.
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/270811/norma.htm>

Río Negro Salud (2018). *Misiones y Funciones*.
<https://www.rionegro.gov.ar/index.php?contID=19626>

- **Documentos**

AHF Argentina (2020). *Conoce AHF*. <https://testdevih.org/conoce-ahf/>

AHF Argentina (s.f.). *Prueba gratuita hoy*. <https://testdevih.org/hacete-el-test-de-vih/>

Dirección de Información Parlamentaria (1952). *Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958. Dr. Ramón Carrillo*. <http://www.labaldrich.com.ar/wp-content/uploads/2013/03/Plan-Sinte%CC%81tico-de-Salud-Pu%CC%81blica-1952-%E2%80%93-1958-del-Dr.-Ramo%CC%81n-Carrillo.pdf>

El Galpón, Unidad de SIDA y ETS (2005). *Análisis de Situación*, [documento institucional], Hospital A. Zatti, Viedma, Río Negro.

Fundación Huésped (s.f.). *Nuestra Historia*.
<https://www.huesped.org.ar/institucional/nuestra-historia/>

Fundación Huésped (s.f.). *¿Qué es el VIH y cómo se detecta?*.
<https://www.huesped.org.ar/informacion/vih/que-es-y-como-se-detecta/>

Fundación Soberanía Sanitaria (2018). *Sobre el cambio de jerarquía del Ministerio de Salud de la Nación*. <http://soberaniasanitaria.org.ar/wp/sobre-el-cambio-de-jerarquia-del-ministerio-de-salud-de-la-nacion/>

Gobierno de la Provincia de Río Negro. Salud Mental Comunitaria y Adicciones (2020). *El Sistema de Salud de la Provincia de Río Negro*.
<https://rionegro.gov.ar/index.php?contID=49802>

- **Artículos periodísticos**

Preciado, P. (27 de Marzo de 2020). *Aprendiendo del virus. El País*.
https://elpais.com/elpais/2020/03/27/opinion/1585316952_026489.html

Cipolletti Digital Noticias (s.f.). *Se detectaron 120 casos nuevos de VIH en Río Negro durante 2018. Cipolletti Digital*. <https://cipollettidigital.com.ar/contenido/8877/se-detectaron-120-casos-nuevos-de-vih-en-rio-negro-durante-2018>

El País (24 de abril de 1984). Descubierta en EEUU la causa de la enfermedad SIDA. *El País*. https://elpais.com/diario/1984/04/24/sociedad/451605607_850215.html

Gutierrez, L. (3 de octubre de 2018). Marcha por recortes en Salud Pública: ya hay faltantes de medicación de VIH. *Agencia Presentes*. <https://agenciapresentes.org/2018/10/03/marcha-por-recortes-en-salud-publica-ya-hay-faltantes-de-medicacion-de-vih/>

La Mañana Cipolletti. (1 de diciembre de 2019). Hacerse el test, la clave contra el virus del VIH. *La Mañana Cipolletti*. <https://www.lmcipolletti.com/hacerse-el-test-la-clave-contra-el-virus-del-vih-n668729>

Sanchez V. (1 de diciembre de 2018). Habrá testeos rápidos de VIH en cuatro barrios de Cipolletti. *La Mañana Cipolletti*. <https://www.lmcipolletti.com/habra-testeos-rapidos-vih-cuatro-barrios-cipolletti-n615069>

Secretaría de Comunicación del Gobierno de Río Negro (2019). *Se presentó el boletín epidemiológico de VIH-SIDA 2019*. <https://www.rionegro.gov.ar/?contID=55884>

- **Entrevistas**

Entrevista Director Científico de AHF para Latinoamérica y el Caribe (20 de Septiembre de 2020). Vía Google Meet.

Entrevista Médica de Centro de Salud de Cipolletti (8 de Marzo de 2021). Vía Google Meet.

Entrevista Ex jefa del departamento de Enfermedades transmisibles (29 de Enero de 2021). Vía Google Meet.

Entrevista Enfermero de Centro de Salud de Cipolletti (25 de Febrero de 2021). Vía Google Meet.

- **Materiales audiovisuales**

Es de Polítólogos (12 de Febrero de 2020). *Michael Foucault sobre el Poder y la Gubernamentalidad* [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=IFtVvz25wlo>

Kreplak, N. (director) [La Insubordinación de los Privilegiados] (6 de Diciembre de 2019). *La Insubordinación de los Privilegiados* [Archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=1IejzbqLHLE>

Río Negro Salud [Río Negro Salud] (26 de Marzo 2018). *#Usalo. Spot Uso del Preservativo* [archivo de video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Aen2Hst-tuc>

Universidad Nacional de Rosario, Área de Género y Sexualidades [agesexunr]. (7 de Julio de 2020). *Nos preguntamos, debatimos y miramos. Un ciclo de encuentros virtuales: #FeminismoParaTodes. Esta semana Cristian Alberti presenta Esquicias víricas: la interseccionalidad en la respuesta a VIH.* [archivo de video]. Instagram. https://www.instagram.com/p/CCWuv_UFUOX/?igshid=8rrhpyvmcydj

9. Anexo 1

Ley Nacional de Sida N° 23.798

SALUD PUBLICA

Ley N° 23.798

Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Sancionada: Agosto 16 de 1990.

Promulgada de Hecho: Setiembre 14 de 1990.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° — Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

ARTICULO 2° — Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- a) Afectar la dignidad de la persona;
- b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;

- c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva;
- d) Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación argentina;
- e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

ARTICULO 3º — Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

ARTICULO 4º — A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- a) Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descriptas en el art. 1º, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;
- b) Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;
- c) Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;
- d) Cumplir con el sistema de información que se establezca;
- e) Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;
- f) El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio,

las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

ARTICULO 5º — El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos y la vigilancia y protección del personal actuante.

ARTICULO 6º — Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

ARTICULO 7º — Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación en los donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

ARTICULO 8º — Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infecto-contagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

ARTICULO 9º — Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

ARTICULO 10 — La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidas por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

ARTICULO 11 — Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizada, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores, infectados y enfermos con el virus de la IDH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte.

Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines especificados en el presente artículo.

ARTICULO 12 — La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

ARTICULO 13 — Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán considerados faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

ARTICULO 14 — Los infractores a los que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con:

- a) Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;
- b) Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes a cinco años;
- c) Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actúen las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo la sanción aplicada.

ARTICULO 15 — A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

ARTICULO 16 — El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial Fondo Nacional de la Salud, dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el art. 1º.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

ARTICULO 17 — Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

ARTICULO 18 — La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

ARTICULO 19 — En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

ARTICULO 20 — Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el art. 3° de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

ARTICULO 21 — Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el art. 4° de la presente ley serán solventados por la Nación, imputados a rentas generales y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

ARTICULO 22 — El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación.

ARTICULO 23 — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO A. DUHALDE. — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. — Hugo R. Flombaum.

DADA LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS DIECISES DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA.

10. Anexo 2

Ley 27675

Disposiciones.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL AL VIH, HEPATITIS VIRALES, OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL –ITS– Y TUBERCULOSIS –TBC–

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1º- Declaración de interés público nacional. Declárese de interés público y nacional:

- a) La respuesta integral e intersectorial a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana –VIH–, las hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual –ITS– y la tuberculosis –TBC–;
- b) Los medicamentos, vacunas, procedimientos y productos médicos y no médicos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y cura del VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la TBC, así como también la disponibilidad de formulaciones pediátricas para VIH, hepatitis virales, otras ITS, y la TBC; y el acceso universal, oportuno y gratuito a los mismos;
- c) La investigación y el desarrollo de tecnologías locales para la producción pública nacional de medicamentos e insumos que garanticen la sustentabilidad de las políticas públicas vinculadas y la defensa de la soberanía sanitaria nacional de conformidad a lo previsto en las leyes 26.688, 27.113 y decretos reglamentarios;
- d) La utilización de las salvaguardas de salud del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) de

conformidad a lo previsto en la ley 24.481, su reglamentación y normas complementarias, que permitan garantizar la sustentabilidad de los tratamientos para VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC;

e) La participación activa de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y tuberculosis, en la elaboración de los lineamientos para el diseño e implementación de las políticas públicas, en cumplimiento de los tratados internacionales suscriptos por nuestro país;

f) La promoción del establecimiento de nuevos centros de testeos, como estrategia para lograr efectuar mayor cantidad de diagnósticos;

g) La disponibilidad de los medicamentos en el lugar de residencia del paciente, con el fin de facilitar su adherencia al tratamiento.

Artículo 2°- Respuesta integral e intersectorial. Definición. Se entiende por respuesta integral e intersectorial al VIH, las hepatitis virales, la TBC y las ITS, a aquella que basada en la estrategia de la atención primaria de salud (APS) –que forma parte de la Declaración de la Conferencia de Alma-Ata– garantiza la investigación, prevención integral y combinada, diagnóstico, tratamiento, cura, asistencia interdisciplinaria (social, legal, psicológica, médica y farmacológica), y la reducción de riesgos y daños del estigma, la discriminación y la criminalización hacia las personas con VIH, hepatitis virales, TBC e ITS. Además, se comprenden los cuidados paliativos y la rehabilitación de estas patologías, incluyendo las asociadas, derivadas y concomitantes, así como los efectos adversos derivados de las mismas y/o de sus tratamientos. A tal efecto, la autoridad de aplicación deberá promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y las restantes que pudiesen corresponder, juntamente con las obras sociales, los prestadores de salud y los restantes organismos comprendidos en la presente, articulen con las instancias nacionales, provinciales y/o locales la implementación de programas que garanticen la atención interdisciplinaria e intersectorial de acuerdo a los principios y propósitos establecidos en la presente ley.

Artículo 3°- Acceso universal y gratuito a la salud. Los agentes del servicio público de salud, las obras sociales y entidades enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, las empresas de medicina prepagas y todos aquellos agentes alcanzados por la ley 26.682, así como todas las instituciones que actualmente o en el futuro formen parte integrante del sistema

de salud de la República Argentina, independientemente de la figura jurídica que posean y de su objeto principal, están obligadas a brindar asistencia integral, universal, gratuita, a las personas expuestas y/o afectadas por el VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la TBC, y las distintas herramientas e innovaciones de la estrategia de la prevención combinada; según lo dispuesto en el artículo 2° de la presente ley.

Artículo 4°- Orden público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República Argentina. Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a sancionar para el ámbito de sus exclusivas competencias las normas correspondientes, que de ninguna manera podrán limitar o restringir los derechos consagrados en esta ley.

Artículo 5°- Principios rectores. Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan se cumplirán garantizando el enfoque de derechos humanos y las normas de los Tratados Internacionales del artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional.

CAPÍTULO II

Derechos y garantías

Artículo 6°- Derechos. Toda persona con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC deberán acceder a los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir asistencia integral conforme a los artículos 1°, 2° y 3° de la presente ley;
- b) Derecho a recibir un trato digno y respetuoso, sin discriminación ni criminalización de ningún tipo, en todos los ámbitos en razón de su condición de salud;
- c) Derecho al resguardo de la confidencialidad, privacidad e intimidad, en acuerdo a la Ley de Protección de los Datos Personales 25.326;
- d) Derecho a no declarar su diagnóstico y/o estado de su infección;
- e) Derechos laborales, educativos, asistenciales, de seguridad social, de consumidores y usuarios de servicios públicos y en el marco de relaciones de consumo y de toda índole, sin ningún tipo de discriminación o demora para el acceso.

Artículo 7°- Personas bajo situaciones especiales. Son derechos de las personas privadas de la libertad y personas bajo situaciones especiales de residencia, entendiéndose por éstas a

aquellas que permanezcan en hogares convivenciales, hogares de personas adultas mayores, centros de atención de salud mental, hospitales, centros de internación, instituciones de las fuerzas de seguridad y servicio penitenciario:

a) El derecho al acceso a la promoción, atención de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento, tal como establezca la autoridad de aplicación, en consonancia con los derechos establecidos en la presente ley. Este derecho debe ser garantizado aún cuando las modalidades de ejecución de la pena hagan que la persona se encuentre fuera de las dependencias, cómo en los casos de prisión domiciliaria;

b) El derecho al trato digno, respetuoso y con las garantías de confidencialidad e intimidad del diagnóstico y tratamiento;

c) El derecho a no ser objeto de pruebas obligatorias de diagnóstico de VIH, hepatitis virales y otras ITS, de manera compulsiva;

d) El derecho a recibir la realización voluntaria de pruebas diagnósticas, con su correspondiente consentimiento informado. En aquellos casos en que exista riesgo cierto e inminente de propagación de enfermedades contagiosas, se deberán establecer medidas que integren y equilibren la dignidad personal y la protección de la salud colectiva.

Artículo 8°- Prueba diagnóstica en el ámbito laboral. Se prohíbe la oferta y la realización de la prueba diagnóstica de VIH, hepatitis virales y otras ITS en los exámenes médicos preocupacionales, como así también durante el transcurso y como parte de la relación laboral. Las ofertas de empleo no podrán contener restricciones por estos motivos. En el caso de accidentes de trabajo podrá requerirse la prueba diagnóstica de VIH, hepatitis virales y otras ITS, al sólo efecto de proteger la salud de la persona afectada. No podrá condicionarse la permanencia o promoción en los puestos de trabajo a la realización o al resultado de esta prueba.

Artículo 9°- Derechos laborales. Las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC tienen los siguientes derechos laborales:

a) El derecho al trabajo y a la permanencia en el mismo, sin discriminación, despidos, suspensiones, hostigamientos, reducciones salariales, violencia, violación de la confidencialidad, para la población referida en la presente ley.

Se presume, salvo prueba en contrario, que el despido de personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC obedece a razones de discriminación;

- b) El derecho a que no sea condicionado el ingreso a fuentes laborales o a la promoción de puestos de trabajo por la realización de pruebas diagnósticas;
- c) El derecho a no ser objeto de pruebas diagnósticas de modo compulsivo;
- d) El derecho a ser beneficiarios de políticas de empleabilidad para personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC, impulsando el acceso universal, asistencia integral y no discriminación, conforme a la “Recomendación sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo” de la OIT;
- e) El derecho a la inclusión de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC en los programas de formación y capacitación del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social o el organismo que en un futuro lo reemplace;
- f) El derecho a ser beneficiarios de políticas de acciones afirmativas que fomenten la inclusión laboral, tanto en el ámbito público como en el privado, para la población contemplada en esta ley, garantizando la confidencialidad del diagnóstico.

Artículo 10.- Instituciones educativas. Ninguna institución educativa, pública o privada, podrá solicitar pruebas de VIH, hepatitis virales, otras ITS y/o TBC a postulantes e integrantes de la comunidad educativa como requisito de ingreso, permanencia, promoción o para el acceso a becas, debiendo contemplar de igual modo todos los derechos laborales estipulados en artículo 9° de la presente.

CAPÍTULO III

De las mujeres y/o personas con capacidad de gestar

Artículo 11.- Acceso a la información. Toda mujer y/o persona con capacidad de gestar con VIH y/o hepatitis B y/o C y/u otras ITS embarazada tiene derecho a:

- a) Que se le brinde la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud, como a la de su hijo/a, tanto en el embarazo como en el post parto. Dicha información deberá ser actualizada, clara y basada en evidencia;
- b) Que se le informe sobre la medicación que tomará su hijo/a, dosis y pasos del seguimiento del niño/a con exposición perinatal al VIH o Hepatitis B o C y/u otra ITS. Así como también datos sobre qué hacer y dónde acudir en caso de rotura, robo y/o pérdida de la medicación del niño/a.

Artículo 12.- Derechos del niño/a. Todo/a hijo/a nacido de una mujer y/o persona con capacidad de gestar con VIH tiene derecho a:

- a) Acceder de manera universal y gratuita a la leche, así como al tratamiento de inhibición de la lactancia durante los primeros dieciocho (18) meses, y bajo resguardo de la confidencialidad, de acuerdo a lo establecido en el artículo 3° de la presente.
- b) Obtener los beneficios del inciso a) si él o la progenitora recibieran el diagnóstico de VIH luego del parto, dentro de los dieciocho (18) meses de vida del niño/a, modificable de acuerdo a la evidencia científica disponible, conforme lo determine la autoridad de aplicación.

Artículo 13.- Atención integral embarazo y post-parto. Toda mujer o persona con capacidad de gestar embarazada tiene derecho a la atención integral, debiéndose:

- a) Garantizar la atención integral durante todo el proceso gestacional y post parto;
- b) Garantizar el acceso a la información acerca de las opciones de parto, favoreciendo el derecho al parto por vía vaginal, conforme a la ley 26.485.

CAPÍTULO IV

Diagnóstico

Artículo 14.- Carácter de la prueba diagnóstica. La prueba para el diagnóstico de infección por VIH, hepatitis virales y otras ITS deberá estar acompañada con el debido asesoramiento y participación previa y posterior al testeo.

Toda prueba deberá ser:

- a) Voluntaria, sólo puede efectuarse con el consentimiento de la persona;
- b) Gratuita en todos los subsistemas de salud;
- c) Confidencial, tanto la prueba como el resultado de la misma;
- d) Universal, para toda persona que la solicite;
- e) Realizada con el debido asesoramiento y participación previa y posterior al testeo, en un marco que garantice la vinculación de la persona diagnosticada con los sistemas de salud.

Se deberá garantizar el acceso universal y gratuito a todas las pruebas de diagnóstico de la TBC y la detección sistemática de contactos y grupos en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, se deberá garantizar el acceso universal y gratuito a todas las pruebas de detección de otras infecciones de transmisión sexual.

Artículo 15.- Consentimiento informado. A los fines de la realización y/o procesamiento de las pruebas diagnósticas para la detección de VIH es requisito suficiente la solicitud y firma del consentimiento informado de la persona interesada, de acuerdo con la instrumentalización establecida en la normativa vigente, no siendo obligatoria la presentación de la orden firmada por un médico/a. Las instituciones que realicen las pruebas de VIH deben capacitar a los equipos de salud, necesarios y pertinentes para la correcta implementación de la técnica y deberán encontrarse bajo los controles de calidad del proceso diagnóstico, conforme a las recomendaciones, que oportunamente emita la autoridad de aplicación. El mismo no será requerido en la modalidad de testeo auto administrada.

Artículo 16.- Ofrecimiento de la prueba diagnóstica. Establécese la obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba diagnóstica del VIH y las hepatitis B, C y otras ITS en las consultas de las especialidades establecidas por la autoridad de aplicación. El ofrecimiento debe ir acompañado de información científica pertinente y actualizada acorde al grado de autonomía progresiva y al contexto sociocultural.

El personal de salud estará obligado a ofrecer la prueba de VIH, hepatitis B y C y sífilis a las personas gestantes, en cumplimiento de la ley 25.543, ampliando sus alcances al período de lactancia y a sus parejas sexuales.

Artículo 17.- Diagnóstico positivo de VIH y Hepatitis virales. En caso de diagnóstico positivo de VIH y de todas las hepatitis virales se deberán arbitrar, en el marco del deber de confidencialidad, todas las medidas posibles a fin de garantizar la más rápida comunicación del resultado de acuerdo de lo que establezca la autoridad de aplicación, garantizando la disponibilidad oportuna del resultado e informando sobre las características de la infección y las diferentes opciones de tratamiento en concordancia con lo establecido por la ley 26.529 y demás derechos que asisten a las personas, fortaleciendo su vinculación con el sistema de salud.

Establécese asimismo la obligatoriedad de ofrecer al paciente el seguimiento del tratamiento y la provisión de los medicamentos en su lugar de residencia.

Artículo 18.- Donación de sangre, tejidos, órganos y células. Se establece la obligatoriedad de la detección del VIH, hepatitis virales e ITS y de sus anticuerpos:

a) En sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma y otros derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico;

b) En los donantes de órganos, tejidos y células para trasplante y otros usos humanos.

Se deberá notificar a la persona donante la positividad de acuerdo a lo establecido en el artículo 17° de la presente ley.

CAPÍTULO V

De la vigilancia epidemiológica

Artículo 19.- Notificación. La notificación de casos de diagnóstico positivo, fallecimiento y causas de muerte por VIH, hepatitis virales e ITS, se realizará de acuerdo a la ley 15.465 y las normas específicas elaboradas por la autoridad de aplicación. El plazo máximo de notificación será de treinta (30) días. La misma se realizará conforme lo establezca la autoridad de aplicación.

Artículo 20.- Control y vigilancia. Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizadas, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia, incidencia y carga viral de las personas con VIH y hepatitis virales, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte.

Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales y las empresas de medicina privada deberán presentar a la Superintendencia de Servicios de Salud o la autoridad que la reemplace en el futuro, una actualización trimestral de los casos.

CAPÍTULO VI

De la autoridad de aplicación

Artículo 21.- Autoridad de Aplicación. Funciones. El Ministerio de Salud de la Nación es la autoridad de aplicación de la presente ley a través del área específica que designe a tal efecto. La misma, en coordinación con las demás autoridades sanitarias, a través del COFESA, deberá implementar y actualizar medidas positivas y articuladas en los ámbitos nacional, provincial y municipal, incluyendo la concreción de convenios relevantes que aseguren:

- a) Determinantes sociales de la salud: Políticas públicas tendientes a dar respuesta a situaciones de vulnerabilidad social que afecten el acceso integral al derecho a la alimentación, la salud, el trabajo, la educación y la vivienda de las y los destinatarios de la presente ley;
- b) Desarrollo de programas: El desarrollo y el fortalecimiento de programas sustentables existentes y los que se crearán en el futuro, de conformidad con la presente ley, garantizando los recursos para su financiación y ejecución; asegurando la incorporación de las organizaciones y/o redes de las personas afectadas dentro de las políticas inherentes al VIH, Hepatitis virales, otras ITS y TBC como parte fundamental en las estrategias de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, acompañamiento, adherencia y reducción del estigma, la discriminación y la criminalización; en la función de asesorar en los temas respectivos;
- c) Acuerdos institucionales: Promover la concertación de convenios locales, provinciales, nacionales e internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley, garantizando la defensa de la soberanía nacional;
- d) Sistemas de información: La existencia y actualización del sistema de información estadística y epidemiológica para contribuir a la formulación e implementación de políticas públicas relacionadas al VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, posibilitando el acceso a datos y permitiendo visualizar la distribución y administración en las provincias;
- e) Capacitación: La formación, capacitación y entrenamiento periódico para todos los equipos que trabajan en VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, incluyendo autoridades de los tres poderes del Estado y los/as trabajadores/as de la salud y medios de comunicación sobre las directrices internacionales vigentes en materia de derechos humanos conforme la legislación nacional y tratados internacionales, así como también sobre la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, acompañamiento, adherencia y reducción del estigma, discriminación y criminalización;
- f) Investigación: El desarrollo de actividades de investigación coordinadas con otros organismos públicos y privados, organizaciones de personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, o que trabajen con ellas, involucrando los subsistemas de salud de la Nación y cooperando en el intercambio regional y global;
- g) Campañas: Llevar a cabo campañas de sensibilización, difusión y concientización a la población para garantizar el derecho de acceso a la información sobre:

1. Las características del VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la TBC.
2. Las posibles causas y vías de transmisión.
3. Las medidas aconsejables de prevención.
4. Los tratamientos adecuados y oportunos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.
5. Los derechos que asisten a las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, especialmente para la eliminación del estigma y la discriminación.

Dicha información deberá ser promovida por el Sistema Nacional de Medios Públicos Sociedad del Estado y en todos los niveles del Sistema Educativo Nacional conforme lo establecido por la ley 26.150 y las que la modifiquen, incluyendo la educación superior;

h) Promoción de derechos y fortalecimiento de las organizaciones: La implementación de políticas de difusión de derechos de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, y de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil que las agrupen, o que trabajen en la temática;

i) Promoción de la salud: La promoción, dentro del sistema de salud en todos los niveles, de los lineamientos establecidos en la presente ley;

j) Prevención y profilaxis: La disponibilidad y accesibilidad a insumos, materiales preventivos, medicamentos y vacunas para la prevención del VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC.

El acceso a todas las herramientas de prevención combinada en todos los casos que sea requerida, con prescripción médica y bajo las normativas emitidas por la autoridad de aplicación;

k) Pruebas diagnósticas y estudios de seguimiento: El acceso gratuito a las pruebas de detección de VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, y a los análisis y estudios necesarios para su confirmación y seguimiento, garantizando la periodicidad en la realización, conforme al artículo 3° de la presente ley;

l) Logística: La logística y distribución de los medicamentos e insumos necesarios para la promoción de la salud, prevención, atención y tratamiento de manera oportuna, gratuita y en respeto de los derechos de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC;

- m) Vulnerabilidad social: La especial atención a las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC que se encuentren en situación de vulnerabilidad de derechos, transitoria o permanente;
- n) Transición: La creación de programas para la transición del uso de servicios de pediatría hacia los servicios de salud integral en la adultez; y especial protección a las personas que hubieran nacido con VIH, hepatitis virales e ITS. Igual seguimiento corresponderá en la atención de personas adultas mayores;
- o) Poblaciones clave y/o en situación de mayor vulnerabilidad: La provisión de tratamientos y servicios oportunos para la asistencia integral que den respuesta efectiva a las necesidades especiales de todas aquellas que presenten situaciones de mayor vulnerabilidad sanitaria y socioeconómica, especialmente aquellas reconocidas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el SIDA (ONUSIDA);
- p) Mujeres: Desarrollar programas destinados a la promoción de la salud, prevención del VIH, las hepatitis virales y otras ITS, teniendo en cuenta las desigualdades, discriminaciones y violencias que sufren las mujeres, con especial atención a la relación existente entre todos los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres y el VIH y en todos los ámbitos. Se promoverán políticas públicas que brinden especial atención a niñas, adolescentes, jóvenes y adultas en todas sus diversidades; en la atención de la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva;
- q) Tratamientos: El acceso universal al tratamiento para el VIH, las hepatitis virales, otras ITS y TBC en forma gratuita, conforme al artículo 3° de la presente ley. Incluyendo tanto formulación pediátrica como para adultos, tratamientos para las coinfecciones, enfermedades oportunistas, patologías endócrinas, metabólicas, toxicidades asociadas al tratamiento y otras patologías asociadas; y lo inherente a prevenir la transmisión vertical y demás relacionadas con la protección y calidad de vida de las personas;
- r) Adherencia: El desarrollo de programas que apoyen la adherencia a los tratamientos de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, con especial atención a personas afectadas por efectos adversos prolongados, coinfectadas, con otras patologías y/o con historial de resistencias a los tratamientos;
- s) Reducción de daños: El desarrollo de programas sustentables que implementen políticas para la reducción de daños en usuarios de sustancias psicoactivas a los fines de la

prevención de la transmisión del VIH, las hepatitis virales, otras ITS y TBC, asegurándose el respeto de todos sus derechos y garantías;

t) Asistencia legal: La creación de instancias de apoyo y asistencia legal gratuitas a las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC y su entorno que hayan sido discriminadas, vulneradas o criminalizadas por la sola condición de la infección; y

u) Diversidad cultural: Adaptación de los programas y servicios en función del respeto de la diversidad cultural, de la interculturalidad, de los pueblos y comunidades indígenas y su participación en el diseño, la implementación y el monitoreo de las políticas que establece la presente ley.

Artículo 22.- Comisión Nacional de VIH, Hepatitis virales, otras ITS y TBC. Créase la Comisión Nacional de VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y TBC integrada de forma interministerial e intersectorial por representantes de los organismos estatales, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC y redes de personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, cuya integración debe ser determinada por vía reglamentaria garantizando representación federal y de géneros.

La Comisión tendrá las siguientes funciones:

a) Diseño, monitoreo y evaluación de las políticas públicas en materia de VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC;

b) Directrices de prevención, diagnóstico, tratamiento y asistencia en la materia y sus respectivas actualizaciones;

c) Establecer los lineamientos para la capacitación y formación de los equipos de trabajo para la atención de las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC;

d) Participación en la elaboración de las campañas y/o programas de sensibilización, difusión y concientización;

e) Realizar recomendaciones a la autoridad de aplicación respecto de los lineamientos de la presente ley;

f) Realizar la estructuración, gestión y agenda del Observatorio Nacional sobre Estigma y Discriminación.

El presupuesto que garantice la representación federal y el funcionamiento de la comisión será establecido por vía reglamentaria.

Artículo 23.- Observatorio Nacional sobre Estigma y Discriminación. Créase el Observatorio Nacional sobre Estigma y Discriminación por VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y TBC con el fin de visibilizar, documentar, disuadir y erradicar las vulneraciones a los derechos humanos de las personas afectadas.

El mismo funcionará en la órbita del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. Su composición se determinará de acuerdo a lo establecido en inciso e) del artículo 1° de la presente ley.

CAPITULO VII

De la seguridad social

Artículo 24.- Jubilación especial de carácter excepcional para las personas con VIH y/o hepatitis B y/o C. Créase un Régimen de Jubilación Especial para las personas con VIH y/o hepatitis B y/o C. Para el caso de las hepatitis B y/o C, en la medida en la que éstas condicionen la vida o generen algún impedimento según criterios a establecer por la autoridad de aplicación, basados en indicadores objetivables de vida.

Artículo 25.- Derechos. Tendrán derecho a la prestación básica universal, la prestación compensatoria y la prestación adicional por permanencia, instituidas por el artículo 17 incisos a), b) y e) de la ley 24.241 sus complementarias y modificatorias, para las personas con VIH y/o Hepatitis B y/o C, que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Haber cumplido cincuenta (50) años de edad al momento de solicitar el beneficio;
- b) Acreditar veinte (20) años de servicios computables en uno o más regímenes del sistema de reciprocidad;
- c) Acreditar diez (10) años de transcurrido el diagnóstico al momento de solicitar el beneficio, con la acreditación que establezca la autoridad de aplicación.

Artículo 26.- Haberes. El haber se actualizará de conformidad a lo establecido en el artículo 32 de la ley 24.241, sus complementarias y modificatorias.

Artículo 27.- Incompatibilidad. El goce de la jubilación especial para las personas con VIH y/o hepatitis B y/o C resulta incompatible con el trabajo en relación de dependencia.

Artículo 28.- Casos no contemplados. Para los supuestos no contemplados en el presente capítulo, se aplicará supletoriamente la ley 24.241, sus complementarias y modificatorias.

Artículo 29.- Normas complementarias. Facúltase al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, a la Secretaría de Seguridad Social (SSS) y a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a dictar las normas aclaratorias y complementarias pertinentes, en el ámbito de sus competencias, para la efectiva implementación del presente.

Artículo 30.- Pensión no contributiva para personas con VIH y/o hepatitis B y/o C. Créase con alcance nacional, la pensión no contributiva para personas con VIH y/o hepatitis B y/o C, de carácter vitalicio y no contributivo, que se encuentren en situación de vulnerabilidad social.

Artículo 31.- Derechos. Tendrán derecho a la pensión no contributiva para personas con VIH y/o hepatitis B y/o C, que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Ser argentino/a nativo/a o naturalizado/a, o extranjero/a residente en el país, mayor de dieciocho (18) años de edad. Las personas naturalizadas y extranjeras deberán contar con una residencia continuada de por lo menos cinco (5) años en el país, anteriores al pedido de la pensión no contributiva;
- b) Acreditar el diagnóstico al momento de solicitar la pensión no contributiva. Con la acreditación que establezca la autoridad de aplicación;
- c) No ser titular de jubilación, pensión o retiro, de carácter contributivo o no contributivo.

Artículo 32.- Pago. La pensión para personas con VIH y/o hepatitis B y/o C, consistirá en el pago de una prestación mensual equivalente al setenta por ciento (70%) del haber mínimo garantizado a que se refiere el artículo 125° de la ley 24.241, sus complementarias y modificatorias.

Artículo 33.- Compatibilidades. El goce de la pensión no contributiva para personas con VIH y/o hepatitis B y/o C, resulta compatible con la percepción de otros programas sociales.

Artículo 34.- Fecha inicial de pago. La presente prestación devengará desde el primer día del mes posterior al del otorgamiento.

Artículo 35.- Normas complementarias. Facúltase a la autoridad de aplicación y a la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) a dictar las normas aclaratorias y complementarias pertinentes, en el ámbito de sus competencias, para la efectiva implementación del presente.

CAPÍTULO VIII

Del régimen de sanciones

Artículo 36.- Sanciones. Para el caso de incumplimiento de las obligaciones dispuestas en la presente ley, se establece el siguiente régimen sancionatorio, manteniendo los principios de gradualidad y proporcionalidad de las penas, considerando la reincidencia y gravedad de las conductas:

- a) La conducta de los funcionarios que incumplan con las disposiciones de la presente ley, será considerada culpa grave en los términos del régimen disciplinario correspondiente;
- b) Los sujetos obligados en el artículo 3° que incumplan las disposiciones establecidas en esta ley serán pasibles de las siguientes penalidades:

1. Apercibimiento.
2. Multas de diez (10) a cien (100) salarios mínimo, vital y móvil (establecido por el Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil).
3. Intervención en los términos del Artículo 28, inciso c) de la ley 23.660; y
4. Cancelación de la inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.

Artículo 37.- Afectación de la recaudación. El monto recaudado en concepto de sanciones por la autoridad competente se destinará a programas llevados a cabo por organismos e instituciones de bien público que lleven a cabo acciones tendientes al cumplimiento de la presente ley.

Artículo 38.- Procedimiento. Las infracciones a esta ley serán sancionadas por las autoridades competentes previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a las partes, según los procedimientos administrativos correspondientes.

Artículo 39.- Incumplimiento. La falta de pago de las sanciones aplicadas hace exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Artículo 40.- Procedimientos provinciales. En cada provincia y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este Capítulo.

Artículo 41.- Facultades de fiscalización y control. Las autoridades competentes estarán facultadas para fiscalizar y controlar el cumplimiento de la ley mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados podrán requerir el auxilio de la fuerza pública y de las autoridades jurisdiccionales competentes.

CAPÍTULO IX

Disposiciones finales

Artículo 42.- Presupuesto. Los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley serán atendidos con cargo al presupuesto nacional que anualmente se aprueba y todo otro recurso y/o financiamiento que a tal fin se disponga.

Artículo 43.- Derogaciones. Derógase la ley 23.798, teniendo en cuenta que los derechos y garantías consagrados en sus normas complementarias y reglamentarias continuarán en vigencia hasta la reglamentación de la presente ley, y derógase también el decreto 906/95.

Artículo 44.- Reglamentación. El Poder Ejecutivo nacional reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los noventa (90) días de su promulgación.

Artículo 45.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL VEINTIDÓS.

REGISTRADA BAJO EL N° 27675

CLAUDIA LEDESMA ABDALA DE ZAMORA - SERGIO MASSA - Marcelo Jorge Fuentes - Eduardo Cergnul

e. 18/07/2022 N° 54271/22 v. 18/07/2022

Fecha de publicación 18/07/2022



Universidad Nacional del Comahue
Facultad de Derecho y Ciencias Sociales
Licenciatura en Sociología

General Roca / Río Negro
Octubre 2023