



Universidad Nacional de Rosario

**Carrera de Especialización en Administración y Auditoría de
Farmacia**

**Descentralización de la dispensación de antirretrovirales
hacia el Primer Nivel de Atención: *un recorrido desde
1995 a 2019, desde la perspectiva de los profesionales del
subsector público de la red de salud municipal de la ciudad
de Rosario***

Alumna: Farm. Silvana Mehring

Directora: Dra Marisel Colautti

Año: 2022

ÍNDICE:

ABREVIATURAS.....	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	15
1. Sistemas de Salud - Atención Primaria de la Salud (APS) - Redes de Salud	15
2. Descentralización - Descentralización en la ciudad de Rosario	24
2.1. Desarrollo de la estrategia de APS y descentralización de salud en Rosario	27
3. Aparición del VIH-sida y la llegada de los TARGA.....	34
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE CONOCIMIENTO	37
OBJETIVOS	39
METODOLOGÍA	39
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42

1. Las PVVS en el territorio de la ciudad: Primeros registros epidemiológicos y primeros TARV en los servicios de salud	42
2. Dificultades para conformar un perfil epidemiológico. Otras herramientas estratégicas.....	52
3. La descentralización de TARV: Un proceso con idas y vueltas	58
4. La descentralización de TARV: con el diario del lunes	73
DISCUSIÓN	76
1. La migración de los TARV: La salida de los hospitales	76
2. Entre la innovación y la improvisación	83
CONCLUSIÓN	87
ANEXOS	92
1. Anexo 1: Consentimiento informado	92
2. Anexo 2: Modelo de entrevista	95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

ABREVIATURAS:

APS: Atención Primaria de la Salud

ARV: Antirretroviral

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

C.S: Centro de Salud

C.V: Carga viral

CAPS: Centro de Atención Primaria

CMD: Centro Municipal de Distrito

DDC: Zalcitabina

DDI: Didanosina

HECA: Hospital de Emergencias Clemente Álvarez

HIC: Hospital Intendente Carrasco

HJBA: Hospital Juan Bautista Alberdi

HNJVJ: Hospital de Niños Víctor J. Vilela

HSRP: Hospital Roque Sáenz Peña

ME: Medicamentos Esenciales

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNA: Primer Nivel de Atención

PVVS: Persona Viviendo con VIH-sida

RIIS: Redes integradas de Salud

SIDA: Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino

SISR: Sistema de Información en Salud de Rosario

SSP: Secretaría de Salud Pública

T20: Enfuvirtide

TARV: Tratamiento Antirretroviral

VE: Vigilancia Epidemiológica

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN:

La irrupción del VIH-sida planteó grandes desafíos para las redes y servicios de salud. Los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) marcaron la diferencia en la vida de las personas que viven con VIH-sida (PVVS) y permitieron convertir el problema de salud en una condición crónica. Sin embargo, para lograr la cronicidad es imprescindible que las redes y servicios de salud descentralicen la atención y fortalezcan el primer nivel de atención (PNA). El subsistema público municipal de la ciudad de Rosario hace más de dos décadas que lleva adelante una entrega descentralizada TARV siguiendo los lineamientos de la política de salud pública local. En este marco la pregunta que moviliza el trabajo es: ¿Cómo se dieron los procesos de descentralización de TARV hacia el PNA en la red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario? El objetivo general es caracterizar el proceso de descentralización de la dispensación de TARV en la Red de Salud Pública Municipal a partir del año 1995 hasta el año 2019, desde la perspectiva de los profesionales involucrados en el proceso. Estudio de abordaje cualitativo, exploratorio y retrospectivo. Se utilizaron fuentes de información primaria: entrevistas semi estructuradas a referentes de la problemática del VIH-sida a nivel local, y secundaria: diversos documentos y sistema informático local, Sistema de Información en Salud de Rosario (SISR). La información se sistematizó y analizó en una matriz de datos. Los resultados lograron describir diferentes etapas por las que atravesó la atención de las PVVS y el proceso de descentralización sostenido de la dispensación de ARV hacia el PNA durante el período de estudio. Todos los entrevistados acuerdan en señalar que el gran facilitador del proceso fue la política sanitaria local. Se encontraron puntos de tensión y de consenso, así mismo facilitadores y obstáculos para el avance de la implementación de dicha descentralización, ya que la misma sucedió en forma muy temprana, si se la compara con otras redes nacionales e inclusive internacionales. Se pone al territorio en el centro de la discusión como espacio donde todo confluye: decisiones políticas de los diferentes niveles jurisdiccionales, distintas necesidades de la población y características de las personas que conforman esas redes que contienen y sostienen el funcionamiento y la dinámica cotidiana. El trabajo logra poner en evidencia que, para entender procesos tan complejos, donde intervienen diferentes actores y convergen políticas sanitarias de distintos niveles y jurisdicciones, es imprescindible recurrir a estrategias de investigación cualitativa. **Palabras claves:** VIH-sida, antirretrovirales, descentralización, Atención Primaria de la Salud.

ABSTRACT:

The emergence of HIV-AIDS posed great challenges for health networks and services. Highly active antiretroviral treatments (HAART) have made a difference in the lives of people living with HIV-AIDS (PLWHA) and have made it possible to turn the health problem into a chronic condition. However, to achieve chronicity, it is essential that health networks and services decentralize care and strengthen the first level of care (FLC). The municipal public subsystem of the city of Rosario has been carrying out a decentralized delivery of ART for more than two decades, following the guidelines of the local public health policy. In this framework, the question that mobilizes the work is: How did the decentralization processes of ART towards the FLC take place in the Public Health network of the Municipality of Rosario? The general objective is to characterize the decentralization process of ART dispensing in the Municipal Public Health Network from 1995 to 2019, from the perspective of the professionals involved in the process. Qualitative, exploratory and retrospective approach study. Primary sources of information were used: semi-structured interviews with references to the problem of HIV-AIDS at the local level, and secondary sources: various documents and the local computer system, the Rosario Health Information System (SISR). The information was systematized and analyzed in a data matrix. The results were able to describe the different stages through which the care of PLWHA went through and the sustained decentralization process of ARV dispensing towards the FLC during the study period. All the interviewees agree in pointing out that the great facilitator of the process was the local health policy. Points of tension and consensus were found, as well as facilitators and obstacles for the advancement of the implementation of said decentralization, since it happened very early, if compared to other national and even international networks. The territory is placed at the center of the discussion as a space where everything comes together: political decisions of the different jurisdictional levels, different needs of the population and characteristics of the people who make up those networks that contain and sustain the daily functioning and dynamics. The work manages to show that, in order to understand such complex processes, where different actors intervene and health policies of different levels and jurisdictions converge, it is essential to resort to qualitative research strategies.

Keywords: HIV-AIDS, antiretrovirals, decentralization, Primary Health Care

JUSTIFICACIÓN:

Desde la irrupción del VIH-sida en el mundo, en 1981, se ha generado un proceso revolucionario que, atravesó a todas las comunidades y propició movimientos sin precedente para hacerle frente a esta pandemia desde todos los sectores posibles, como son los ámbitos políticos, científicos, médicos, religiosos y la sociedad propiamente dicha. Hubo muchos y rápidos avances en todas las aristas vinculadas a esta nueva “enfermedad”, como la identificación del agente causal, maneras de contraer o transmitir la infección, formas de prevención y diferentes tratamientos. Si bien, aún no se ha arribado a la cura definitiva o a la erradicación del VIH-sida, se siguen haciendo incesantes investigaciones para ello. Se han determinado algunas certezas respecto a la forma de controlar y/o evitar la transmisibilidad del virus y de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH-sida (PVVS), a un nivel impensado durante los primeros años de la pandemia. Una de las herramientas para ello, es que la PVVS, esté bajo tratamiento antirretroviral (TARV), el cuál debe ser individualizado y es fundamental la buena adherencia a dicho tratamiento para poder lograr disminuir la carga viral, a punto de lograr la indetectabilidad del virus, y de esta manera, la intransferibilidad del mismo, situación confirmada y avalada por la comunidad científica y médica (Rodger, 2019).

Para lograr la indetectabilidad de la carga viral (CV) en una PVVS, es requisito que la misma esté bajo TARV, para lo cual fue necesario conocer oportunamente su diagnóstico. En diciembre de 2013, la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA recurrió a ONUSIDA a fin de respaldar los esfuerzos nacionales y regionales para establecer objetivos nuevos en materia de tratamiento del VIH-sida después del 2015. A escala mundial, las partes interesadas se han reunido en negociaciones temáticas sobre sociedad civil,

investigación y desarrollo, tratamiento pediátrico ARV, adolescentes y otros asuntos clave. Un fuerte impulso ha llevado a reescribir el tratamiento del VIH-sida y a considerar un objetivo final ambicioso, la llamada “META 90-90-90” (ONUSIDA, 2015), la cual consiste en:

- Que en 2020 el 90% de las PVVS conozcan su estado serológico respecto al VIH.
- Que en 2020 el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban TARV
- Que en 2020 el 90% de las personas que reciben TARV tengan supresión viral.

Es evidente, que estas metas, no se han podido cumplir en el tiempo propuesto, pero permitieron poner en marcha muchas acciones y estrategias para alentar a la población para conocer su diagnóstico, iniciar y/o sostener su TARV y comprometer a las carteras sanitarias de los países poder lograr dichos objetivos hacia el 2030.

La respuesta al VIH-sida debe seguir el ritmo de las tendencias de desarrollo y los cambios en el contexto legal, social y económico. La geografía cambiante de la pobreza y la riqueza, la creciente desigualdad, y el aumento de la inestabilidad y la fragilidad de las comunidades y estados enteros, son sólo algunos de los grandes cambios que el mundo está experimentando.

Según ONUSIDA (2015), el TARV es una herramienta fundamental para acabar con la epidemia del VIH-sida, pero no es la única. Mientras se toman medidas para incrementar los efectos preventivos del tratamiento del VIH-sida, se requieren también esfuerzos urgentes para poner en marcha otras estrategias de prevención esenciales, entre las que se incluyen:

- Eliminación de la transmisión materno infantil,
- Campañas de uso de preservativos,
- Profilaxis antirretroviral antes de la exposición (PrEP),
- Circuncisión masculina voluntaria,
- Servicios de reducción de daños para personas que se inyectan drogas y
- Programas de prevención centrados en poblaciones clave.

Para acabar con el VIH-sida se requerirá un acceso ininterrumpido a un tratamiento de por vida para decenas de millones de personas, además de sistemas sanitarios y comunitarios fuertes y flexibles, programas de protección y promoción de los derechos humanos y mecanismos de autofinanciación capaces de costear programas de tratamiento a lo largo de la vida de las PVVS. Se están desarrollando nuevas tecnologías, como diagnósticos más simples y asequibles, ARV más sencillos y tolerables, y ARV económicos y de mayor duración que ahorran la necesidad de una dosis diaria. Sin embargo, para potenciar estas nuevas herramientas se necesitará la voluntad política y la preparación del sistema, así como la adopción y la puesta en práctica a tiempo de unas orientaciones normativas a nivel mundial (ONUSIDA, 2015).

En la ciudad de Rosario, hace más de 20 años que se lleva adelante una entrega descentralizada TARV, hacia el Primer Nivel de Atención (PNA), siguiendo los lineamientos de la política de salud pública local. Hasta la fecha prácticamente no hay estudios a nivel internacional enfocados en la descentralización en la dispensa de medicación antirretroviral (ARV) en el PNA o Atención Primaria de la Salud (APS), así como tampoco publicaciones de estudios realizados en nuestro país.

Se espera que los resultados obtenidos del presente trabajo sean de información útil para la toma de decisiones a nivel local, profundizando algunas acciones y/o identificando pasos del proceso que deben mejorarse, modificarse y/o enfocarse desde otra perspectiva.

Siendo que Rosario es pionera a nivel país, y modelo a seguir, en la prestación de servicios en APS, la difusión del estudio, así como de las intervenciones farmacéuticas llevadas adelante serán útiles para otras redes de atención de la salud del país.

INTRODUCCIÓN:

Aunque los lineamientos internacionales para fortalecer el PNA se remontan a la declaración de Alma-Ata en 1978 (OMS/OPS, 1978), con el lema “*Salud Para Todos en el año 2000*” y la mayoría de los países miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) suscribieron a la estrategia de APS, y han concretado acciones para su implementación, las mismas han sido diversas y en diferentes medidas, de acuerdo a una concepción propia y en algunos casos, con cierta liviandad respecto a la genuina concepción de la APS de Alma-Ata.

La estrategia de APS en Alma-Ata, planteaba, que para alcanzar los objetivos propuestos respecto de la salud-enfermedad, los sistemas de servicios de salud debían reorganizarse de tal manera que pudiesen ofrecer un abordaje integral, continuo, longitudinal y coordinado de las problemáticas prevalentes, en base a criterios de equidad, universalidad, eficiencia y eficacia, promoviendo además la intersectorialidad y la participación comunitaria (OMS/OPS, 1978).

En Argentina se encuentran algunas experiencias aisladas de la implementación de esas directrices, y la más cercana a esos lineamientos, la representa el subsistema público municipal de la ciudad de Rosario.

Rosario es la ciudad más grande de la provincia de Santa Fe. Actualmente alberga casi un millón (1.000.000) de habitantes (Municipalidad de Rosario, 2016). El subsistema de Salud Público de Rosario provee servicios de salud gratuitos a toda aquella persona que lo demande (el 40% de la población accede exclusivamente al subsector público) mediante una red de servicios cofinanciada y coordinada por el gobierno municipal y el gobierno provincial.

Los servicios de salud con dependencia del estado provincial, en la ciudad de Rosario son, cuatro hospitales y treinta Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) o directamente, Centros de Salud (C.S), mientras que el municipio tiene a su cargo cincuenta C.S, cinco hospitales, una maternidad, un centro de especialidades médicas ambulatorias (CEMAR) y el instituto de rehabilitación (ILAR) (SSP, Municipalidad de Rosario; Provincia de Santa Fe, 2022). Si bien ambos sistemas comenzaron un proceso de integración funcional, con el objetivo de conformar en algún momento un sistema único e integrado, lo que incluye “... *abordar la cuestión del financiamiento, trabajar fuertemente en el fortalecimiento de los vínculos interinstitucionales, en la formación de los recursos humanos y las prácticas médicas, superando las intervenciones fragmentadas*”, cada sistema es producto de procesos políticos y sanitarios muy diferentes, donde el encuentro fue la excepción y la fragmentación la constante. La decisión de avanzar en un sistema integrado coincide con que el mismo partido político gobernó provincia y municipio desde finales de 2007 (Herrmann, 2013). Hubo un cambio de conducción política en ambas

jurisdicciones en diciembre de 2019. Debido a estas diferencias en las concepciones y los procesos, nos centraremos en la descripción y casos del subsistema público municipal de Rosario.

En dicha ciudad, la Dirección de APS, (actualmente denominada “Dirección de Centros de Salud”) se creó con el primer gobierno socialista (1989- 1995) y en este período se comenzó a ampliar el PNA mediante la construcción de C.S y se pusieron en marcha varios dispositivos para garantizar el derecho a la salud. También se establecieron acuerdos con organizaciones comunitarias para brindar atención en sus instalaciones. Existió la voluntad política para destinar recursos, tanto económicos como humanos y de la naturaleza que se haya requerido, hacia el PNA, y así, comenzaría a conformarse, la llamada “Red de Salud Pública Municipal”.

Según Jiménez (2009), las directrices de dicha red de salud, estuvieron dadas por: descentralizar de los servicios hospitalarios, jerarquizar la atención primaria, recuperar la capacidad instalada, capacitar al personal, desarrollar investigaciones, impulsar la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, articular los diferentes niveles de la red e impulsar la participación social.

Al mismo tiempo que se fortalecía la descentralización de la atención, con la conformación de equipos en cada C.S municipal, también se descentralizaba la dispensación de medicamentos e insumos médicos incluyendo especialidades medicinales de los diferentes programas nacionales y/o provinciales, como el Programa de Procreación Responsable (PPR), Programa de Diabetes, Miastenia Gravis (MG), Programa de Tuberculosis (TB) y

Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS. Éste último es quien motiva el presente trabajo, por lo que nos centraremos en él.

En junio de 2013 la OMS, en uno de sus informes colocó en agenda la sugerencia de descentralizar la dispensación TARV. En dichas directrices, asegura que:

Aunque la rápida expansión de los programas de sida ha mejorado considerablemente el acceso al TARV, así como la salud y la supervivencia de las personas con VIH, ello también plantea retos importantes para los sistemas de salud. La descentralización del TARV hacia los C.S puede aliviar la carga de la gestión cotidiana en otras partes del sistema de salud y contribuir a mejorar la equidad, al promover el acceso al TARV en zonas rurales. En algunos lugares, los gastos de desplazamiento suponen un obstáculo importante para el acceso al sistema asistencial y la permanencia en éste. En muchos medios con una gran carga de VIH, los tiempos de espera en los hospitales son largos debido a la gran afluencia de pacientes que necesitan tratamiento. La descentralización de la atención y el tratamiento de los pacientes con VIH podría reducir la carga de trabajo del personal sanitario, lo que reduciría los tiempos de espera de las personas con VIH y de otros pacientes que reciben atención hospitalaria para otras enfermedades, y acercaría los servicios relacionados con el VIH al domicilio de las personas afectadas. En algunos lugares, los servicios asistenciales relacionados con el VIH, como el tratamiento de la tuberculosis (TB) y los servicios de salud materno-infantil, se han descentralizado hacia la atención primaria. [...] La descentralización de la atención sanitaria y el tratamiento de los pacientes con VIH también pueden fortalecer la participación y el compromiso de la comunidad, vinculando las intervenciones comunitarias con los establecimientos sanitarios; además, puede

optimizar el acceso a los servicios de salud, fomentar que se acuda a estos y mejorar la permanencia en el proceso asistencial (OMS, 2013, p.190).

Aunque OMS sugiere la descentralización en la dispensación de TARV y de la atención a PVVS en su guía del 2013, a nivel nacional, se publicó un documento titulado “Guía práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de atención” en 2019, cuando el Ministerio de Salud de la Nación ya había sido degradado a Secretaría de Gobierno de Salud. Esta guía fue confeccionada gracias a la contribución técnica y financiera de OPS/OMS y ONUSIDA y constituye una herramienta de base para los equipos de salud, pero no fue trabajada ni difundida adecuadamente en el territorio nacional. (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, 2019). A pesar de ello, Rosario implementó la estrategia descentralizadora en la dispensa de TARV desde 1995, en concordancia con la política de Salud Pública local (IEM, 1995).

El Programa Nacional de lucha contra el SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (ETS) fue creado en 1989 a través de la Ley Nacional de SIDA (Ley 23798), el cual es concebido como una función política del Estado para una población específica y, entre otros puntos, realiza centralizadamente la gestión de suministro de medicamentos ARV. La provincia de Santa Fe sanciona en 1996 la Ley 11460 de Prevención y tratamiento del SIDA que se instrumenta a través del Programa Provincial. Por su parte, la ciudad de Rosario fue una de las primeras en Argentina en crear su propio Programa Municipal de SIDA (PROMUSIDA), comenzando a funcionar en 1992 (Colautti, 2012).

En el presente trabajo, se realiza un recorrido desde los inicios del proceso de descentralización de ARV. Y mediante entrevistas a profesionales que participaron de

dicho proceso, documentos propios de la gestión e insumos epidemiológicos, se intenta dar respuestas a: ¿Por qué se hizo? ¿Quiénes impulsaron la implementación? ¿Cuáles fueron los principales obstáculos a sortear durante el proceso? ¿Cuáles fueron los instrumentos facilitadores en esa etapa?

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES:

Conviene hacer referencia a algunos conceptos centrales empleados en el presente trabajo y sus antecedentes, los cuáles brindan el marco teórico de términos o denominaciones que permitirá comprender acontecimientos que desencadenaron algunos ejes de la política de salud pública local. Entre los conceptos más importantes, se destacan: Sistema de Salud, APS, Redes de Salud, Descentralización, TARV, VIH-sida como patología crónica.

1. SISTEMAS DE SALUD – APS – REDES DE SALUD:

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias (OMS, 2020).

El sistema de salud en Argentina, está integrado por los tres subsistemas: público, privado y de obras sociales, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos (Colautti, 2012), por eso, se dice que Argentina tiene un sistema de salud segmentado (en el que conviven distintos sistemas de aseguramiento), fragmentado (sin articulación entre los distintos subsectores e incluso en el interior de ellos), superpuesto, heterogéneo y con desigual calidad en la atención, resultado de diversas transformaciones y tendencias históricas (Ballesteros, 2017).

Rossi (2007) cita la clasificación que OMS hace respecto a las tres generaciones de Reformas que se aplican a los Sistemas de Salud. La primera generación se produce entre 1940 y 1950. En ese período los países ricos crearon los sistemas nacionales de atención sanitaria, y se extendieron a los países de ingresos medios los sistemas de seguro social. Hacia finales de la década de los 60 ya muchos de estos sistemas estaban sometidos a fuertes presiones. En general el incremento incesante de los costos de la atención que se producía tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo, la falta de equidad en la prestación de los servicios que se evidenciaba en los países con sistemas de cobertura universal, las dificultades de llegar en los países pobres a las poblaciones rurales; fueron los principales motivos que permitieron verificar la necesidad de poner en marcha un cambio significativo en los sistemas de salud a efectos de volverlos más eficientes, equitativos y accesibles.

Surge de este modo la segunda generación de reformas que depositó en la atención primaria el foco, a fin de lograr una cobertura accesible a toda la población. La OMS, al establecer en la Conferencia Internacional sobre APS celebrada el 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata la meta “salud para todos en el año 2000” dio nuevo impulso a las iniciativas para

Llevar atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo. Considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, se hace la siguiente Declaración:

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente 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 y define a la APS como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. 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 (OMS/OPS, 1978).

Los resultados de estas reformas fueron disímiles y esta es la razón por la que no sólo no hay un único modelo de APS, sino que además resulta difícil imitar los modelos exitosos de

aquellos países que lograron una importante mejora en la atención de la salud a un costo razonable. Una de las posibles explicaciones para que esto sea así, es que la concepción que se tiene sobre APS en los diversos países no es uniforme. En los países desarrollados al asociarse la atención primaria a la medicina general y familiar se facilitó su integración a la totalidad del sistema de salud. En los países en desarrollo, en cambio, como en general se ha contado con un financiamiento y asignación de los recursos inadecuados, se la ha asociado a una atención de menor calidad dirigida a los pobres, a los que sólo se les ofrecen las prestaciones más sencillas. Si bien en términos generales se puede afirmar que el movimiento de atención primaria no logró alcanzar su potencial, es justo señalar que gran parte de sus fundamentos técnicos siguen siendo válidos y se siguen mejorando continuamente (Rossi, 2007).

La Declaración de Alma-Ata acontece en una época en que la mayoría de los países de la región de América del Sur estaba gobernada por dictaduras militares. En el caso específico de Argentina, la Declaración coincide justamente con un momento crucial del desmantelamiento del sistema sanitario nacional y de la transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias. [...] A partir de la transición democrática en los años 1980, se abrieron nuevas y mejores condiciones para aquellos componentes de la estrategia que podrían ser considerados más políticos. Así, una tímida expansión del primer nivel y una igualmente tímida apertura de espacios de aprendizaje para la formación de los equipos de salud quedó limitados a una extensión de cobertura tecnocrática, que creó las bases para una posterior medicalización de la APS (Bertolloto, 2012, p.363).

A partir de 1988 la OPS tomó iniciativas para fortalecer la regionalización y descentralización en América, ante la urgente necesidad de acelerar la transformación de

los sistemas nacionales de salud. Así surgen los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como táctica operativa de la estrategia de APS, que se considera clave para alcanzar la meta de “Salud para todos” en el año 2000. Los SILOS, son un modelo organizado en distritos sobre la base de niveles jerarquizados de atención. La OPS lo plantea como el cimiento de la reforma en el sector salud para los países dependientes. Los SILOS son una reunión de servicios, recursos, organizaciones e individuos que pertenecen a una comunidad determinada y que se articulan entre sí, con la finalidad de atender apropiadamente las necesidades de salud de una población adscripta a una zona geográfica y social de influencia. En su definición e implementación, introduce tres premisas fundamentales: descentralización, participación y lógica sistemática de redes (Paganini JM, Chorny A. 1990).

Hacia fines de los '80 y fundamentalmente en la década de los 90, ocurrieron varios acontecimientos que provocaron profundos cambios socio-políticos en el mundo y fueron acompañados por cambios de ideología dando un fuerte impulso al neoliberalismo. Los sistemas de salud no quedaron fuera de estas transformaciones y además estuvieron condicionados por fenómenos propios del sector. Rossi (2007) remarca los siguientes: el incesante avance científico-tecnológico que, por un lado y el aumento de la expectativa de vida que trae aparejado la cronicidad de los problemas de salud y la demanda de un sector de la población a mayores tecnologías para su diagnóstico y tratamiento.

En los países menos desarrollados, la mayor competencia ha significado un avance del sector privado, un retroceso del sector público y de la seguridad social, provocando una mayor inequidad. En el caso particular de Argentina, la extrapolación al campo de la salud de la competencia junto a la denominada desregulación de las obras sociales, produjo una

concentración de afilados en las obras sociales con mayor capacidad de pago, y una pérdida importante de los mismos en las más débiles, así como una privatización de la salud, que tal como afirma Neri “ no implican necesariamente cambios institucionales, sino en los modos en que cada persona o familia debe afrontar sus necesidades de salud” (Rossi, 2007). En la década del 90, tras la adopción de políticas neoliberales, con el consecuente vaciamiento del Estado, aparece el mercado como la principal voz autorizada para dictar la agenda pública. Respecto de las políticas sanitarias, se consolidó una fuerte tendencia hacia la mercantilización de la salud. En este contexto, la estrategia de APS se vio traducida al acceso de un paquete mínimo de intervenciones focalizadas, ocultando y aislando a la salud de cualquier reflexión sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos, y, lógicamente, incapaz de dar respuesta al desafío que implicaba generar un nuevo modelo de atención intercultural para abordar la cuestión migratoria, que, por entonces, se incrementaba (Bertolloto, 2012).

En este contexto se pone en marcha la tercera generación de reformas, la OMS habla del nuevo concepto del “acceso para toda la población”. Ya no se trata ni de brindar toda la atención posible a toda la población, cuya inviabilidad económica-financiera había quedado evidenciada ya a mediados de la década de los 70, ni de brindar sólo atención básica y sencilla solamente a los pobres; lo que ahora se pretende es facilitar atención sanitaria esencial de alta calidad, definida por el criterio de eficacia en función de los costos (Rossi, 2007).

Debido a que los países, implementaron diferentes estrategias de APS, ajustándolas a sus sistemas sanitarios, políticos, económicos y culturales, la APS, no tuvo una única concepción y en algunos lugares pudo interpretarse como atención de menor calidad o

personal no calificado. El paso de los años y las diferentes experiencias, y análisis, permiten hoy hablar de una “Renovación de APS”. A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la OPS y la OMS han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia.

Franco-Giraldo (2011) cita a OPS en su publicación, donde enuncia que la reorientación de los servicios de salud, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las personas, intersectorialidad y participación; complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social e introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

A 30 años de la declaración de Alma Ata, la OMS reafirma los principios y valores de la APS: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria. En el mismo sentido, el “Informe sobre la salud en el mundo, 2008” propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: 1) subsanarlas por medio de cobertura universal; 2) situar al individuo en el centro de la prestación de servicios; 3) integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores y; 4) liderazgo integrador en pro de la salud. (OMS, 2008)

La APS resurge así, en ese nuevo contexto, como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX. *“El rol (...) de manera preferencial es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad”*. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos en el final siglo XX para establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud” (Franco-Giraldo, 2011).

En un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, combatir la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud y avanzar más hacia la prestación de servicios de salud más equitativos e integrales para todos los habitantes de la región, aparece en 2010, la propuesta de OPS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Las RISS pueden definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Como se desprende de la definición anterior, las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas. Diversos estudios sugieren que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de

las personas. La OPS considera que las RISS son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria: y la acción intersectorial, entre otros (OPS / OMS, 2010).

En octubre del 2018, y en conmemoración a los 40 años de la declaración de Alma-Ata, se realiza la Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal (CUS o UHC, por sus siglas en inglés) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, reunidos en Astaná (Kazajstán). En pos de la salud para todos, se hizo una Declaración, aspirando a sistemas de salud sólidos, donde intervengan los gobiernos y las sociedades con políticas, estrategias y planes de salud nacionales, donde la APS y los servicios de salud sean de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, con profesionalización de los servicios y entornos saludables (OMS/UNICEF, 2018).

Si bien, la declaración de Astaná, se presenta como renovadora y con un nuevo empuje, desde corrientes de pensamiento latinoamericano contrahegemónicas se plantean ciertas dudas en cuanto a la centralidad que adquiere la cobertura universal corriendo el marco de la estrategia de atención como eje nodal. Se cuestiona el rol de los organismos de crédito internacional y del complejo médico-farmacéutico como las claves del éxito de la propuesta (ALAMES, 2018).

Todos estos lineamientos internacionales propuestos inicialmente en Alma Ata y re enmarcados en la declaración de Astaná, requieren de estrategias locales que permitan su implementación. Una de esas claves, es la descentralización.

2. DESCENTRALIZACIÓN – DESCENTRALIZACIÓN EN LA CIUDAD DE ROSARIO:

La descentralización es un proceso dinámico a mediano y largo plazo que permite aumentar la legitimidad de los sistemas políticos, a través de la elección y responsabilización de los niveles subnacionales concretados en cada área geográfica y la eficacia en la prestación de servicios por parte de estas unidades. La descentralización también puede ser definida como la facultad que se reconoce a determinadas entidades para administrarse por sus propios órganos. Supone la transferencia de competencias y recursos de un nivel central de gobierno hacia otro de distinto origen y que guarda autonomía (Then Díaz, 2015. p. 2-3).

En América Latina el avance de los procesos de democratización y descentralización colocan a las municipalidades como centro del debate respecto a la organización y modernización del Estado y en particular, en la búsqueda de una mejor asignación de responsabilidades y recursos que promuevan una eficaz prestación de servicios y una administración eficiente de los recursos públicos. Estas reformas se viven en un ambiente de mayor participación de la comunidad en los asuntos locales, junto a un proceso de mayores competencias como ejecutores de gasto local, acompañadas, en menor medida, de capacidades para la generación de recursos propios y movilización de otras fuentes (Then Díaz, 2015. p.11).

El proceso de descentralización en la ciudad de Rosario, comenzó en el año 1995. En ese año, se inicia el original proceso de "distritalización" y la construcción de los centros municipales de distrito (CMD). La ciudad se divide en seis distritos: Norte, Noroeste, Sur, Sudoeste, Oeste y Centro. La experiencia de descentralización y de trabajo territorial, concibe la idea de hacer surgir a cada distrito como un nuevo territorio submunicipal con identidad, con participación activa de los vecinos, con una propuesta de desarrollo local y con respuestas articuladas de todos los sectores de gobierno representaba todo un desafío. Desde sus inicios, su objetivo fue generar un gobierno más eficaz, eficiente y cercano a los vecinos, promoviendo un desarrollo más armónico y democrático de la ciudad. La política de descentralización en la ciudad de Rosario se basó, por un lado, en un aspecto ideológico –conceptual: generar un gobierno más cercano y participativo; y por otro, en la necesidad de diseñar un modelo propio de desarrollo para la ciudad más democrático y armónico, capaz de superar los desequilibrios producidos a lo largo de su historia. El proceso de descentralización fue la respuesta a un diagnóstico claro: una ciudad con graves desequilibrios económicos y sociales en su territorio, que crecía en forma vertiginosa extendiéndose y alejados del área central; una ciudad que desbordaba la infraestructura edilicia y de servicios y que producía un acelerado deterioro de las condiciones ambientales del microcentro (Municipalidad de Rosario, 2019).

Para el área de salud, era una experiencia fuerte de articulación reclamada desde el seno de los propios C.S, sobre todo de aquellos que estaban más cerca de los problemas de la población y que venían solicitando una acción conjunta de gobierno. Sin embargo, la articulación no era una tarea limitada a las cabezas organizacionales. Se requirió también

una articulación de todos los equipos de la gestión municipal que operasen en el territorio, conectando culturas organizacionales que con frecuencia se han desarrollado por separado.

Para comprender la lógica del sistema de salud de la ciudad de Rosario y su política de descentralización sanitaria, resulta conveniente hacer un breve recorrido desde la génesis de este proceso, señalando hechos significativos o puntos importantes del mismo, que permitirán contextualizar la implementación de la descentralización del sistema sanitario, prácticas en salud, del funcionamiento en red y arribar finalmente a la dispensación de TARV, tema que motiva la presente investigación.

La experiencia de salud que se inscribe, está dentro de una gestión de la Municipalidad de Rosario llevada adelante por un gobierno de orientación socialista, el cual se extendió desde 1989 hasta el 2019. Previamente a esta gestión, la Salud Pública en la ciudad había sido largamente postergada, especialmente por ausencia de una política interesada en su desarrollo. Las propuestas anteriores, consideraban explícitamente el traspaso a la provincia de los hospitales, cuyos edificios consideraban muy antiguos, aparentemente irrecuperables y los centros, situados en los barrios eran “dispensarios” que atendían a demanda: verdaderos centros ‘periféricos’ donde se realizaba lo que algunos consideraban atención primitiva en lugar de atención primaria de la salud, parafraseando a lo desarrollado por Mario Testa en su libro *Pensar en Salud*. La desarticulación entre los diversos efectores hacía muy problemática la referencia o derivación de pacientes entre los distintos niveles y el trabajo en los barrios era considerado poco menos que un exilio para los profesionales (Cappiello, 2003).

Este hecho resulta muy relevante en materia de política de salud, ya que la Municipalidad manifestó querer “hacerse cargo” de la salud pública, y más llamativo aún, es que haya sido en una situación nacional de crisis e hiperinflación y en un contexto en el que casi no existían otros municipios que se hubieran hecho cargo de la producción directa de servicios de salud. Es así que, en Rosario, la salud pública se constituiría en uno de los ejes centrales de la gestión socialista (Rovere, 2006). Bajo el principio rector del Derecho Universal a la Salud, contando con el Estado como garante y con determinación política, conocimiento técnico-científico y de la comunidad, se comienza andar un camino de crecimiento y transformaciones.

2.1. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE APS Y DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN ROSARIO:

En este apartado se presentan las ideas ejes que marcaron la construcción de un sistema de salud local basado en la estrategia de APS. La reconstrucción se realiza a partir de la producción de referentes locales Rovere (2006) y Báscolo (2010). Según ambos autores, el año 1990 es considerado como el principio de la construcción de una política de APS entendida como estrategia organizadora del sistema. A partir de este momento la APS en Rosario transcurre por diversas etapas. A continuación, una breve reseña.

Previo a 1989, había varios efectores sanitarios, conocidos como “dispensarios” o “centros periféricos”, por estar apostados dentro y/o próximos a asentamientos informales. Atendían la demanda espontánea de la población, con escasos recursos de todo tipo. Eran

dependientes jerárquicamente del hospital más próximo y había prácticamente nula interrelación con niveles superiores de atención (Báscolo, 2010).

En la apertura del II Congreso “La salud en el Municipio de Rosario”, en 1991, Hermes Binner, siendo secretario de Salud de la Municipalidad (1989-1993), señalaba en su discurso, aquellos que serían los pilares fundamentales del subsistema de salud público municipal de la ciudad:

“Rosario no está desprotegida de recursos naturales, científicos y tecnológicos. Pero requiere de un sistema de salud solidario, participativo que permita arribar a la equidad. Necesitamos ordenar los servicios de salud partiendo de temas clave, como la descentralización, participación, red de servicios, atención primaria, epidemiología, carrera sanitaria, hospitales”. Comenzó así, un plan de rehabilitación de hospitales, tanto en sus plantas físicas como en sus recursos humanos y equipacionales. También se inició un plan de fortalecimiento de APS, aunque la situación inicial era muy poco auspiciosa (Róvere, 2006).

El 15 de Mayo de 1990 se creó la Dirección de Atención Primaria (Decreto municipal N° 0769) en dependencia de la Dirección General de Atención Médica, que en 1993 completó su estructura, conformada por una Subdirección, la Dirección de APS y los departamentos de Formación y Capacitación Profesional, de Epidemiología, de Salud Mental, coordinaciones distritales, una unidad administrativo contable, y los jefes de C.S y a partir de ese año, 1993, obtuvo asignación presupuestaria propia (Róvere, 2006).

La integración de médicos y otros profesionales de la salud con fuerte orientación hacia la APS y con un nivel profesional más alto resultó central. Al haberse profesionalizado el

PNA, se mejoró la calidad de atención a los pacientes, la capacidad de resolución en los C.S y facilitó la interrelación con los profesionales de los hospitales. También se logró extender el horario de atención del C.S, con la decisión de algunas medidas que acompañaron y fortalecieron este proceso, como, por ejemplo, la creación de instancias de formación, como la residencia de medicina general, el programa de capacitación permanente y los cursos de posgrado del Instituto de la Salud Juan Lazarte y la asignación de recursos al PNA (Báscolo, 2010).

Rovere (2006) cita las prácticas innovadoras que se implementaron, como las visitas domiciliarias, la internación domiciliaria, el hospital de día, la cirugía ambulatoria, la gestión de turnos desde el centro de salud. Esto redefinió el vínculo con las familias y hacia el interior del sistema.

Durante los períodos electorales de 1995-1999 y 1999-2003 asumió la intendencia de Rosario, Hermes Binner, aliado estratégico de la dirección de APS, durante su mandato como secretario de Salud (1989- 1993). En este marco, se prestó el apoyo político necesario para dar continuidad y profundizar el desarrollo de la estrategia de APS. Durante este período continúan creciendo los recursos asignados al PNA, se confirió un mayor presupuesto anual destinado a salud. Los recursos humanos asignados a los C.S crecieron y se realizaron inversiones para mejorar su capacidad resolutive. En este período se produjeron grandes cambios hacia el interior del PNA: la estructura funcional de la dirección de APS se organizó en coordinaciones de distrito, los programas verticales que se ejecutaban en los hospitales comenzaron a ejecutarse en los C.S y se empezó a trabajar en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre el PNA y los hospitales (2do y 3er nivel). Se crearon los colectivos o colegiados de gestión. La participación implicaba

aceptar ciertos principios o axiomas básicos e indiscutibles: participación comunitaria, participación de los trabajadores de salud en la gestión, acceso universal y equitativo, salud como un derecho, planificación descentralizada y trabajo profesional con autonomía y responsabilidad (Báscolo, 2010).

¿ENREDOS O EN REDES?: La discusión sobre el destino del edificio y el plan sanitario arquitectónico recuperaron un tipo de establecimiento de salud que a grandes rasgos ya era conocido en la historia sanitaria del país. Era básicamente lo que en la categorización de “establecimientos de la Nación” se conocía como “nivel siete”, un policlínico complejo sin camas. En la década del 60 se habían construido algunos de estos edificios en capitales de provincia y en muchos casos (Salta, Catamarca) terminaron siendo aplicados a otros usos. En Rosario, se lo conocía como “Monumento al pozo” y la gestión del momento pretendió que su destino fuera diferente a lo que había sucedido a los similares en el resto del país. Es por eso, que, apoyándose en algunas experiencias internacionales con una atención primaria desarrollada, como es el caso de Haifa, Israel, era necesario, contar con un establecimiento de prestaciones diagnósticas e interconsultas de segundo y tercer nivel que acompañen el crecimiento de la APS. Es así como nace el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) (Rovere, 2006).

En la última etapa, la noción de redes contribuyó a plasmar el CEMAR, una institución a partir de la cual se facilitó considerablemente la articulación entre los diversos efectores de la red. Se trata de un dispositivo analítico y operativo que articuló la heterogeneidad y evitó las acumulaciones en el ámbito de los servicios hospitalarios y de la atención primaria y permitió que ambos, se desarrollen en forma independiente sin incrementar sus tensiones recíprocas. (Rovere, 2006.p. 17-18).

La experiencia demuestra que el CEMAR funciona efectivamente sólo como una institución a la que se accede por referencia (no se accede por demanda espontánea). Ha dinamizado y fortalecido la atención primaria, ha bajado considerablemente los rechazos y acortado los tiempos de espera de las derivaciones, ha generado contrarreferencia en proporciones hasta ese entonces nunca alcanzadas. En un sentido más general, los C.S de la ciudad han expandido su respaldo, las consultas se transforman así en verdaderas interconsultas visibilizando y resolviendo el rechazo y el doble discurso que los sistemas de salud le plantean a la población. La red de hospitales ya estaba trabajando en esta línea, pero la apertura del CEMAR, consolidó la creación de verdaderos canales de acceso de la población derivada a la atención de mayor complejidad. La referencia y contrarreferencia se vuelven así nociones más multidimensionales (Rovere, 2006 p. 22-23).

La innovación más relevante en cuanto al modelo de atención estuvo dada por la promoción de la adscripción. Ésta supone el establecimiento de un vínculo bidireccional entre los pacientes con un equipo de salud, en donde los equipos de salud se hacen responsables de la salud de sus pacientes [...] Los cambios más importantes en cuanto al modelo de gestión se producen en torno al desarrollo de mecanismos de articulación entre niveles de atención creados con miras hacia conformar una red de servicios integral e integrada. Por un lado, se promueven las rotaciones de especialistas por los C.S y por otro, junto con la creación del CEMAR, se traslada a los especialistas de los hospitales hacia los consultorios externos de este centro. [...] Otra innovación introducida fue la "descentralización de pacientes". Ésta consistió en el traslado de los pacientes atendidos en los hospitales hacia los C.S. Ciertos hospitales trasladaron los controles maternos infantiles e incluso a pacientes con patologías complejas, pero otros se resistieron inicialmente a hacerlo. Estas innovaciones supusieron

una merma del poder de los hospitales que reavivó la rivalidad entre la estructura hospitalaria y "el movimiento de APS" (Báscolo, 2010 p.87-98).

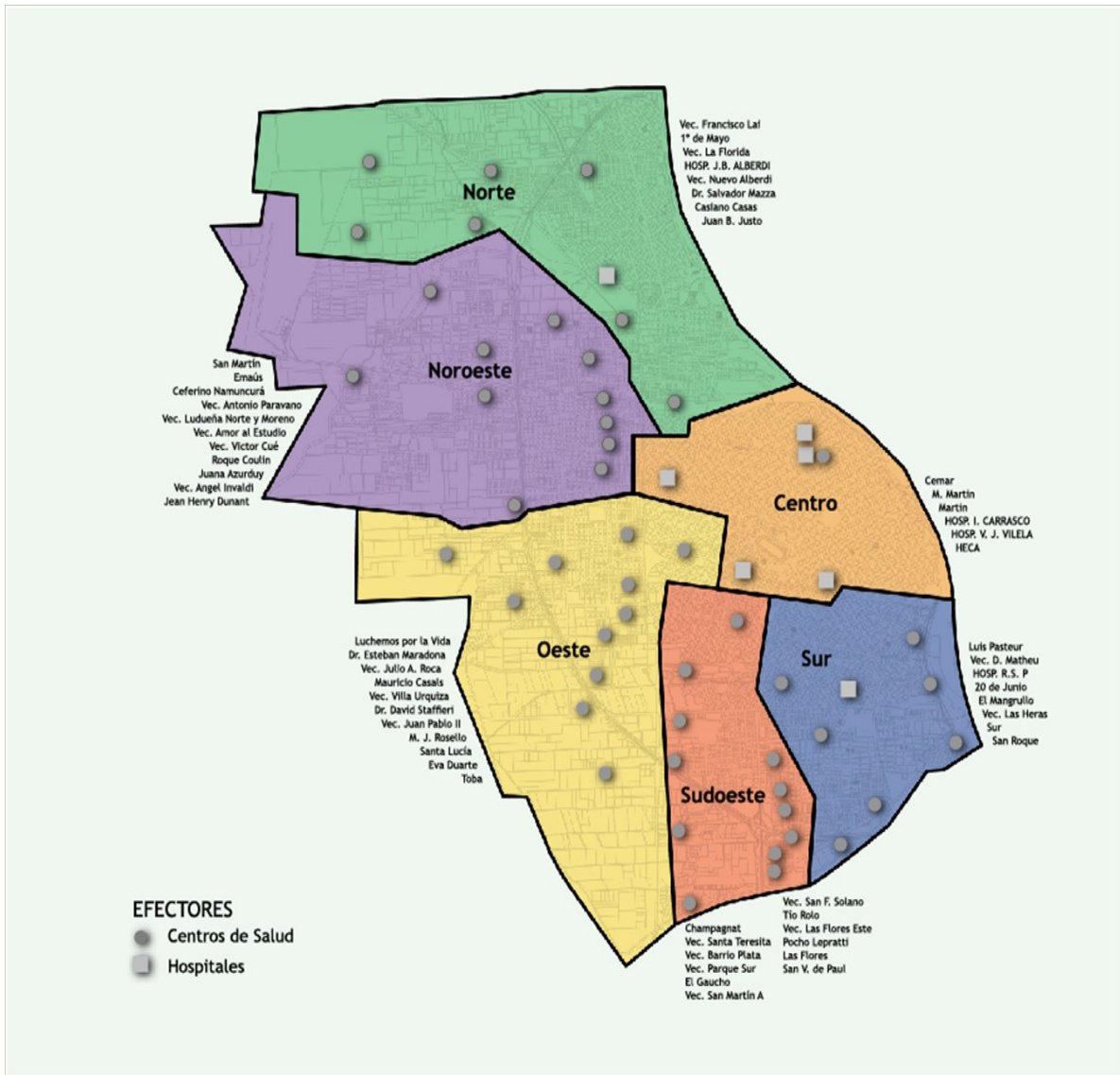


Gráfico: Distritos municipales con los respectivos Centros de Salud y Hospitales (municipales)

En el siguiente gráfico, se puede visualizar los diferentes niveles de atención y los efectores de salud municipales que intervienen, teniendo siempre en el centro de la estrategia a la comunidad, y con la premisa de la “salud” como un derecho, donde se ejerce la equidad, la accesibilidad y participación comunitaria.

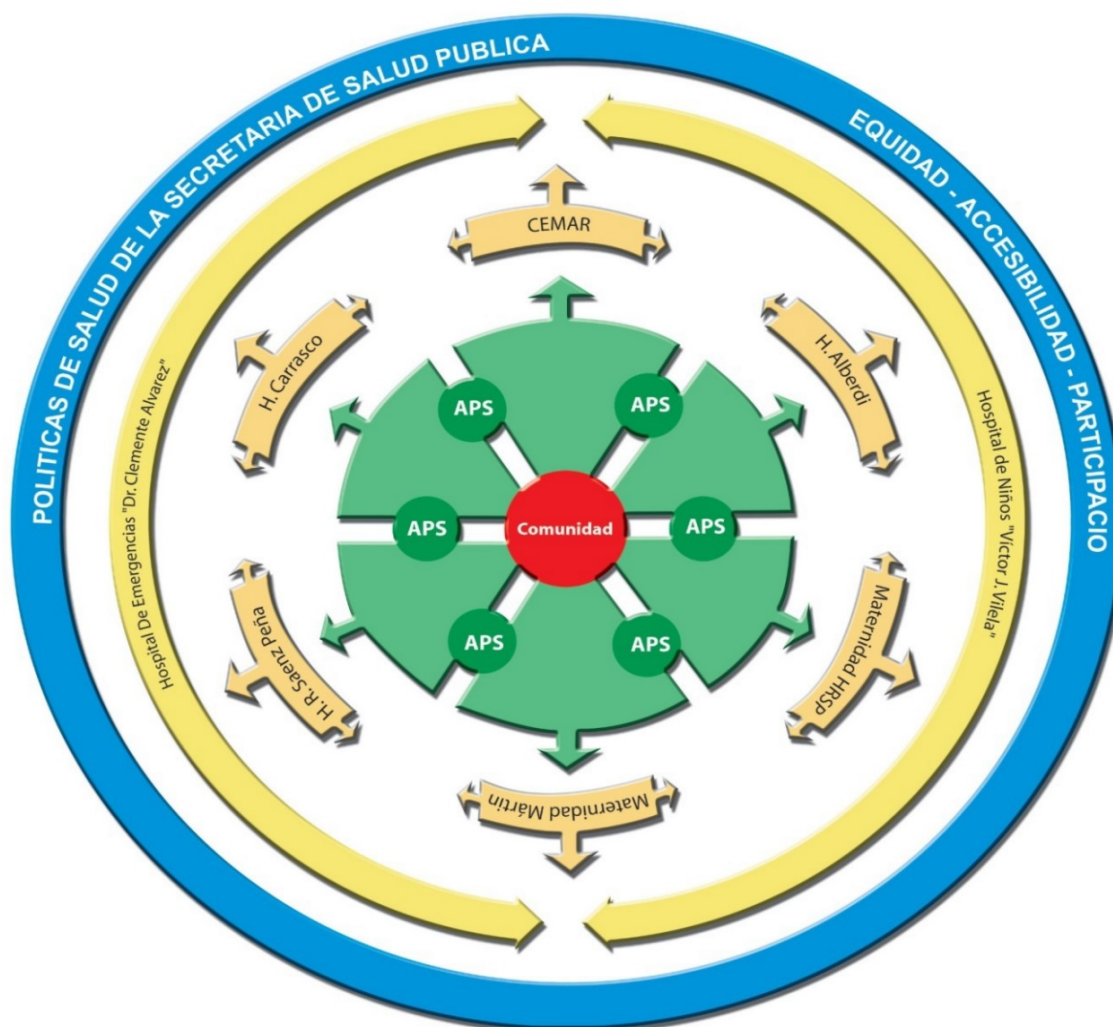


Gráfico: Niveles de atención y efectores en la red de salud de la Municipalidad de Rosario

3. APARICIÓN DEL VIH-sida Y LA LLEGADA DE LOS TARGA:

El 5 de junio de 1981, desconocido en aquel momento, un informe de neumonía en un grupo de hombres homosexuales previamente sanos en Los Ángeles contenía los primeros detalles de una falla en el sistema inmune que, más tarde, se definiría como SIDA. El monitoreo precoz de la enfermedad estuvo limitado fundamentalmente a los países con altos ingresos, en los que los casos aumentaban exponencialmente a principios de los '80. Desde entonces, el VIH-sida se ha convertido en una de las epidemias más severas de la historia humana reciente. Aunque el miedo, la muerte y la discriminación continúan siendo características emblemáticas de la epidemia, la respuesta ante el VIH-sida es la historia de un movimiento mundial admirable y de proezas médicas de avanzada, tabúes destrabados y una solidaridad mundial sin precedentes. El VIH-sida ha elevado a la salud pública a niveles científicos, de conciencia y de política, a la vez catalizó la innovación y el progreso mediante esfuerzos sanitarios y de desarrollo de alcance mundial (Sidibé, 2011).

Quince años después de haberse informado los primeros casos de SIDA, llegó al mercado la terapia antirretroviral de gran actividad, TARGA o HAART, por sus siglas en inglés (Highly Active Antiretroviral Therapy), lo que transformó a una enfermedad fatal en una condición crónica y significó volver a escribir la historia del VIH-sida. Una vez iniciado el tratamiento, la mejoría en la salud de las personas con infección por VIH fue tan notable que, a menudo, se hizo referencia al mismo como el “Efecto Lázaro”. No obstante, mientras que el HAART constituyó un milagro para quienes podían costárselo, también se reveló como una profunda injusticia social por el hecho de que millones de personas de los países pobres se enfrentaban a la muerte porque los costos de las drogas patentadas eran prohibitivamente altos.

Si bien el progreso médico a menudo parece tardar en llegar, los avances en el conocimiento sobre el SIDA en muchos aspectos han sido rápidos: identificación del agente causal, vías de transmisión, formas de prevenir la transmisión, formulación de ARV. El año 1996 podría considerarse el punto de inflexión en la lucha mundial contra el VIH-sida. En ese año se realiza la 11ª Conferencia Internacional sobre el SIDA (“Un mundo, una esperanza”) celebrada en Vancouver, Canadá y allí se destaca la efectividad de HAART, creando un periodo de optimismo y también es en ese año donde comienza a operar ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida) establecido para abogar una acción global contra la epidemia y coordinar los esfuerzos de VIH-sida en todo el sistema de la ONU (KFF, 2018).

No obstante, todas estas iniciativas y movimientos internacionales recién en el año 2002 la OMS incorporó a los ARV a su Lista de Medicamentos Esenciales (ME). Esta inclusión deja por sentado que los ARV permiten salvar vidas, reducir el sufrimiento y mejorar la salud y por lo tanto deben ser asequibles, seguros y de calidad (OMS, 2001).

Tras pocos años de la irrupción de los primeros casos de SIDA en el mundo y de los esfuerzos mancomunados para combatir esta epidemia desde la perspectiva y participación de todos los sectores, como científicos, políticos y sociales, se ponen en marcha varias estrategias, a fin de hacerle frente a esta nueva e impredecible pandemia por ese entonces. Para ello, en Argentina se creó el Programa Nacional de lucha contra el SIDA y Enfermedades de transmisión sexual (ETS) en 1989 a través de la Ley Nacional de SIDA (Ley 23798), el cual es concebido como una función política del Estado para una población específica y, entre otros puntos, realiza centralizadamente la gestión de suministro de medicamentos ARV. La provincia de Santa Fe sanciona en 1996 la Ley 11460 de

Prevención y tratamiento del SIDA que se instrumenta a través del Programa Provincial. Por su parte, la ciudad de Rosario fue una de las primeras en Argentina en crear su propio Programa Municipal de SIDA (PROMUSIDA) (Colautti, 2012).

El PROMUSIDA fue creado en 1992, según la Ordenanza 5532/92 y comenzó a funcionar activamente, tras la reglamentación de dicha ordenanza en 1995, cuando se creó la dirección del mismo y se le asignó presupuesto propio. El PROMUSIDA, desarrolla un sistema de Vigilancia Epidemiológica (VE) del VIH-sida con la finalidad de conocer y analizar la dimensión y características que adopta dicho problema sanitario en nuestra ciudad.

Vale aclarar que un sistema de VE comprende la recolección de datos relacionados con la presencia de una enfermedad específica, el análisis e interpretación de la misma y la distribución de la información procesada y difundida a las personas que tienen como función actuar.

En el Informe Epidemiológico Municipal (IEM), publicado en 1995, ya se hacía referencia a la importancia de la VE respecto a esta enfermedad y a las acciones que se implementaron durante los primeros años de esta epidemia, algunas, cuya directriz estaba dada por el Programa Nacional de SIDA, y otras, implementadas como parte de una política de salud local, lo cual permitiría luego, disponer de datos, fundamentalmente de efectores municipales, para confeccionar perfiles epidemiológicos, (o aproximaciones), a fin de convertirse en alguna herramienta útil a la hora de tomar decisiones o determinaciones.

Durante los primeros años de la epidemia en nuestro país, la utilización de la VE de la enfermedad del SIDA estaría fundada en su carácter de denuncia obligatoria de acuerdo a la

Ley Nacional N°23798/90: *“La notificación de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las 48 horas de confirmado el diagnóstico en los términos establecidos por la Ley 15465/60. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte”.*

La VE se sustentaba en la recolección sistemática y análisis de datos suministrados por los profesionales a través de las planillas de Notificación del Plan Nacional de Sida y de los Partes Epidemiológicos según Ley 15465 respetando el anonimato de las personas mediante el sistema de codificación usado en el programa, (en ese momento, se codificaba de la siguiente manera: código generado por la inicial del primer nombre, la inicial del primer apellido, seguido de la fecha de nacimiento en dos cifras). En el ámbito municipal, todas las notificaciones debían ser dirigidas al Departamento de Epidemiología de la SSP.

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

En el BEM de VIH-sida del año 2008, se planteaba la importancia de la descentralización de la entrega de ARV, y las diferentes acciones positivas en cuanto a las PVVS y sus familiares. También destacaba el crecimiento y la consolidación de las acciones que se realizaron en los C.S de la Municipalidad de Rosario, en relación a la problemática de las PVVS. Por ejemplo, a nivel de actividades preventivas, en los C.S se entregaron más del 70% de los 300.000 a 400.000 preservativos de distribución anual de la Secretaría de Salud Pública. El PNA, fue también uno de los escenarios de la estrategia de reducción de daños,

a través del asesoramiento de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs) y de la facilitación de las agujas y jeringas limpias que requieren estas personas.

En cuanto a prevención de la transmisión vertical, en los años 2005, 2006 y 2007, en los C.S se realizaron en forma sostenida más de la mitad de las pruebas que se hacen a embarazadas, permitiendo a través de ellas la detección de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH (+) en mujeres embarazadas. También se evidenciaron crecientes números de notificaciones de VIH y de SIDA, fuera de embarazo.

Como expresión categórica del compromiso asumido, se puede señalar que en el año 1998 recibían antirretrovirales en los C.S 12 de 434 personas atendidas en toda la red de salud municipal, representando este número el 2,76%, y que en el año 2007 recibían asistencia de salud y ARV en estos centros 107 de 833 personas, alcanzando casi un 12% del total. Es esperable que en estos pacientes se puedan demostrar mayores niveles de adherencia a los tratamientos, sobre la base de la mayor accesibilidad a sus cuidados (BEM, 2008).

Desde ese entonces a la fecha, el número de PVVS que tienen su TARV asignado en el PNA, ha ido en aumento, superando actualmente las 600, lo cual representa más de un 60 % de toda la red de salud municipal (Programa informático local SISR).

A partir de lo expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se dieron los procesos de descentralización de TARV hacia el PNA en la red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario?

OBJETIVOS:

- **Objetivo General:**

- Caracterizar el proceso de descentralización de la dispensación de TARV en la Red de Salud Pública Municipal a partir del año 1995 hasta el año 2019, desde la perspectiva de los profesionales involucrados en el proceso.

- **Objetivos específicos:**

- ✓ Describir la descentralización de la dispensación de TARV dentro de la red municipal a través del período de estudio desde la perspectiva de los profesionales involucrados en el proceso.
- ✓ Identificar obstáculos y facilitadores para el proceso de descentralización de TARV desde la perspectiva de los profesionales involucrados en el proceso.

METODOLOGÍA:

De acuerdo a los objetivos planteados, se utilizó un estudio descriptivo retrospectivo, de carácter exploratorio, mediante el cual se pretendió caracterizar el proceso de descentralización de la dispensación de los TARV y la atención de las PVVS en la Red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario desde el año 1995 al 2019. La pregunta de

investigación y los objetivos planteados, conducen a un abordaje cualitativo de la investigación.

Se utilizaron fuentes de información primaria y secundaria. La fuente de información primaria fueron entrevistas semi estructuradas. Se entrevistó a referentes de la problemática del VIH-sida a nivel local, profesionales del PNA y profesionales del segundo y tercer nivel de atención que forman o formaron parte del proceso. La selección de los entrevistados fue según el siguiente criterio: profesionales que trabajen o hayan trabajado en la Secretaría de Salud Pública Municipal en relación a la problemática planteada, ya sea en los procesos de gestión y/o atención directa de PVVS en TARV, profesionales que puedan dar cuenta del proceso histórico. Se excluyen profesionales que no hayan estado vinculados a los servicios de la Secretaría de Salud Pública. Los ejes que fueron trabajados en las entrevistas son los siguientes:

- Proceso de descentralización de la atención de PVVS: herramientas que se pusieron en funcionamiento, responsables del inicio del proceso, acuerdos establecidos, la referencia y contrarreferencia.
- Proceso de trabajo de los equipos para el abordaje de PVVS: consensos en los C.S, vínculo entre los distintos especialistas / niveles de atención.
- Gestión de ARV: circuitos locales para la solicitud de TARV. Circuito para la provisión de ARV desde el Programa Provincial de SIDA y ETS. Asignación de TARV desde el Programa Nacional. Circuitos para el traslado de TARV dentro de la red.

Los actores seleccionados firmaron un consentimiento informado (Anexo I). Se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada. Se optó por concretar entrevistas semi estructuradas por considerar que es el instrumento que permite apreciar el proceso estudiado desde la perspectiva de los sujetos seleccionados. Es un instrumento abierto, flexible, que se adapta al contexto y que permite ser moldeado en el transcurso de la investigación. Se utilizó un guión como perímetro o marco dentro del cual el entrevistador profundizó, teniendo en cuenta que también pueden surgir temas no previstos (Corbetta, 2007) (Anexo II).

Por otro lado, se accedió a fuentes de información secundaria: documentos de la Droguería de APS y Auditoría de Farmacia: planillas de retiro mensual de ARV, fichas de solicitud de cambio de efector para el retiro de ARV, formularios de solicitud de TARV y del Programa Municipal: boletines epidemiológicos. Se utilizó el sistema informático local, Sistema de Información en Salud de Rosario (SISR). Además, se consultaron normativas oficiales, Boletines o Informes Epidemiológicos Municipales.

La información fue analizada en una matriz de datos. Como plantea Borsotti, (2009) la matriz constó de dos vectores: uno para cada una de las unidades informantes que en este caso fueron cada uno de los documentos y profesionales entrevistados; el segundo vector estuvo conformado por las categorías de análisis. Esas categorías surgieron de los ejes utilizados para las entrevistas y fueron los mismos que guiaron la búsqueda de información en los documentos seleccionados.

La utilización de información de pacientes se realizó según el código definido por el Programa Nacional para proteger la identidad de las personas. Además, la investigación

cuenta con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, autorización extendida el 13 de noviembre del 2018.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la investigación en cuatro apartados para dar cuenta de los objetivos propuestos. Se realizaron seis entrevistas semi estructuradas a profesionales de la red municipal según los criterios establecidos. Se contactó a cada profesional previamente, se presentó el objetivo del trabajo y el motivo por el cual fue elegido para ser incorporado, todos los convocados aceptaron. Las entrevistas fueron individuales, tuvieron una duración promedio de una hora y fueron grabadas con autorización previa de los entrevistados. El número de entrevistas realizadas fue suficiente para alcanzar los objetivos propuestos. Entre los profesionales seleccionados, estuvieron médicos del PNA, médicos especialistas en infectología, médicos con cargos en gestión y farmacéuticas. Los resultados de las entrevistas se integraron al análisis de documentos y registros de Auditoría de Farmacia, Droguería Central de APS (actualmente Farmacia Central de C.S), Boletines de PROMUSIDA y de Vigilancia Epidemiológica.

1. LAS PVVS EN EL TERRITORIO DE LA CIUDAD: PRIMEROS REGISTROS EPIDEMIOLÓGICOS Y PRIMEROS TARV EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El año 1996 podría considerarse el punto de inflexión en la lucha mundial contra el VIH-sida, porque se destacó la efectividad del TARGA o HAART (por sus siglas en inglés), creando un periodo de optimismo y también es el año en que comenzó a operar ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida) establecido para abogar

una acción global contra la epidemia y coordinar los esfuerzos de VIH-sida en todo el sistema de la ONU.

Uno de los entrevistados, hace un breve resumen de las tres grandes etapas por las que atravesó el VIH-sida, desde su aparición hasta la actualidad:

*“En la **primera etapa**, es cuando no había tratamiento y era una enfermedad mortal 100% [...] A esta enfermedad la tomaron los médicos infectólogos porque las personas morían por causas infecciosas como tuberculosis, histoplasmosis, citomegalovirus. [...] Atípico fue el caso de Rosario, donde quienes asumieron el tratamiento de estos pacientes, y luego se constituirían en referentes del tema, fueron médicos clínicos en su mayoría.”*

Otra de las entrevistadas, hace mención a esta época, en la que los pacientes eran hospitalizados con cuadros de inmunodeficiencia muy severa, con valores de CD4 < 200 células/ ml y sólo había unos pocos ARV para el tratamiento, como el AZT, DDC, DDI... Inicialmente se hacían monoterapias o terapias secuenciales, donde los tratamientos no eran efectivos o los pacientes fallecían antes de recibir los ARV. Lo resumía del siguiente modo:

“Se llegaba tarde, muy tarde, pero tampoco se conocía mucho”

El reconocimiento y aval para la implementación de los TARGA, se realizó en 1996 durante la Conferencia Internacional del VIH-sida de Vancouver. El Programa Nacional de lucha contra el VIH-sida y ETS, comenzó a proveer dicha terapia a todas las jurisdicciones durante el segundo semestre de dicho año. Esto provocó una disminución en la mortalidad por SIDA o eventos relacionados, pero la nueva cronicidad trajo aparejada la aparición de

resistencias, interacciones y numerosos efectos adversos. Así la describe uno de los médicos tratantes:

*“...Cuando se implementan los HAART, se puede hablar de la **segunda fase** o ‘la era de los ARV’, en donde había menos cantidad de muertes por SIDA o enfermedades oportunistas, pero también había muchísimas interacciones y resistencias [...] Entonces los médicos debían saber tanto de resistencia, que hasta ese momento se sabía muy poco, como también de un componente virológico. Si aparecían resistencias, había que saber por cuál ARV se debía cambiar, de acuerdo a lo disponible en ese momento. Mientras se esperaba que vayan apareciendo nuevas drogas, se iban agregando y/o rotando conforme iban estando disponibles ...”*

La industria farmacéutica invirtió cuantiosamente en innovación y desarrollo en esta área, y logró avances vertiginosos durante la primera década del siglo XXI. Los profesionales tratantes asistieron a lo que este entrevistado reconoce como la tercera etapa:

“...en la cual prácticamente no hay resistencias, son drogas muy tolerables, con muy pocos efectos adversos, tienen muy pocas interacciones... (refiere a los no nucleósidos, fundamentalmente a los inhibidores de integrasa). Con este cambio de paradigma comenzamos a ver que la gente envejecía, que la gente no se moría, que la gente no transmitía ni a sus parejas ni a sus hijos y de esta manera, cambió el modelo, porque si bien no se morían tan rápido como ocurría al principio, que se morían de enfermedades oportunistas a los 10-15 años de haber adquirido el virus, se empezó a ver qué tanto la expectativa de vida como las causas de muertes cambiaban”

Así el profesional sostiene que actualmente esta enfermedad cambio de ‘modelo’, al cambiar sus características:

“... pasó de ser una enfermedad inmunodepresora a ser una enfermedad inflamatoria. Actualmente, se la considera una enfermedad inflamatoria, donde tiene más cánceres, más ACV, más infartos, más dislipemia, donde hay un componente virológico, que debe ser tratado por un médico especialista en VIH-sida y hay otro gran componente clínico.”

Otro entrevistado reconoce que:

“...Hoy se la considera una enfermedad crónica transmisible, aunque si el paciente está bajo TARV y se mantiene indetectable, no transmite, por eso la necesidad de tener la medicación accesible, sino, ‘le sumas un obstáculo más’ a la persona”

El primer caso de SIDA notificado por un efector municipal fue en 1984. Desde ese año hasta 1996 (30/08/1996) las notificaciones alcanzaron un total de 646 casos. Dichas notificaciones se hacían desde los hospitales municipales y estaban basadas fundamentalmente en presencia de las llamadas “enfermedades marcadoras”, las cuáles hacían sospechar un caso de SIDA o determinar la presencia del mismo. Los datos expuestos a continuación, representan la primera foto del panorama en los efectores municipales de la ciudad de Rosario (IEM, 1996).

Se notificaron 646 casos.

- ✓ Edad más frecuentemente diagnosticada la enfermedad: entre 20 y 34 años.

- ✓ La media de la totalidad de los casos es: 27 años (25 para mujeres y 28 para hombres). A nivel nacional, el promedio en hombres es de 31 años, y para mujeres se mantiene en 25.
- ✓ Relación Hombre/Mujer: 3 hombres/ mujer. (a nivel nacional es 4 hombres/ mujer)
- ✓ 32 casos de niños (menores a 15 años), representa el 5%, donde la principal forma de transmisión fue la vertical.
- ✓ Las formas de transmisión notificadas fueron: Sanguínea: 57% (de las cuales el 97% corresponde a UDI (56,77%) y las demás a pacientes hemofílicos / transfusiones sanguíneas); Vía Sexual: 29%; Transmisión vertical: 3%. Otras o combinadas: 11%

Es importante tener en cuenta que, en estos años, los pacientes arribaban a las instituciones en la etapa terminal, donde había poco o nada por hacer. Existía un gran desconocimiento respecto a las maneras de transmisión, tratamiento y/o formas de prevención. Tanto por parte de la población como de los propios integrantes de los equipos de salud, quienes muchas veces hacían sentir el rechazo en la atención y tomaban excesivas medidas de seguridad y/o aislamiento, basadas fundamentalmente en el desconocimiento de cómo abordar a una PVVS o de las formas de adquirir el VIH-sida. Amén de la estigmatización a la que eran sometidas las PVVS, los propios profesionales que trataban a estos pacientes, eran también motivo de marginalidad por los demás integrantes de la comunidad médica. En distintos pasajes de las entrevistas, los diferentes profesionales hicieron referencia a esta situación, con comentarios como los siguientes:

“... Ahí va ‘Juancito’ con sus pacientitos...”

“... ¿Sabés lo que hizo ‘TU’ paciente...?”

“...Ahí están de nuevo, “tus” pacientes...”

Los pocos fármacos que había en existencia al momento, no estaban disponibles y cuando empezaron a estarlo, las vías establecidas para poder conseguirlos eran sumamente burocráticas para los diferentes subsistemas de salud, una vez que la ley Nacional de SIDA fue sancionada, en 1989, y/o excesivamente caras para quienes pudieran costear el tratamiento en forma particular, el cual, no era efectivo, pero era lo único disponible hasta el momento. El tratamiento farmacológico se trató inicialmente de una monoterapia, el renombrado AZT (zidovudina) y en algunos casos, biterapia. Fueron tratamientos totalmente empíricos y sujetos a la disponibilidad o lo que se iba liberando al mercado o consiguiendo a través del flamante Programa Nacional de lucha contra el SIDA y ETS. Los ARV, tenían varios factores que oficiaban de obstaculizadores: el costo, la dificultad para el acceso, el estadio terminal del paciente cuando se lo diagnosticaba o aparecían las enfermedades oportunistas, la rápida presentación de resistencia al fármaco, estado inmunológico debilitado, política de salud demasiado burocrática para la gestión de estos tratamientos y además, la legislación aún no obligaba a las obras sociales a cubrir los TARV, o sea, los ARV no eran considerados medicamentos esenciales, por lo tanto no estaban incluidos dentro del PMO. Así lo cita uno de los especialistas entrevistados:

“Se iban poniendo los fármacos a los pacientes a medida que iban saliendo. En ese momento, no se sabía nada o se sabía muy poco de resistencia. Con el VIH se hizo el denominado “tratamiento secuencial”. Se usaban drogas de la misma familia: le ponías AZT, fallaba AZT y le ponían DDC, fallaba el DDC y se le ponía el DDI, todos inhibidores de nucleósidos, después salió el abacavir, entonces, le ponían abacavir y después salió la nevirapina, le ponía nevirapina después salió el efavirenz y le ponían nevirapina y

efavirenz. Se iban rotando o agregando drogas de la misma familia, en forma secuencial. Por eso, después tenías esos test de resistencia, todos rojos, ultra resistentes, donde era resistente a todo lo disponible en ese momento. El motivo es porque se iban agregando o rotando a medida que iban saliendo al mercado o se iban consiguiendo, pero eran todos de la misma familia de ARV. Esa era la regla”.

La complejidad de la gestión de los medicamentos ARV al inicio de la epidemia mostraba distintos ribetes, entre ellos las limitaciones en el acceso a las nuevas terapias y las estrategias utilizadas para el ingreso al país, así lo recuerda uno de los médicos tratantes:

“Se pedían los fármacos por uso compasivo. Se mandaba una carta o nota a Estados Unidos o Europa donde se solicitaba la medicación para uso compasivo porque ya estaba la etapa terminal del paciente. Por ejemplo, pedían el indinavir por uso compasivo para que lo dejen entrar al país y se estaba esperando que salga o estaba por salir el Kaletra (lopinavir/ritonavir) o pedían el T20, porque los pacientes no tenían TARV.”

Otro de los médicos que asistió a esa primera etapa, también hace referencia a la instancia de terapia secuencial, las dificultades para acceder al TARV y fundamentalmente, los problemas en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, ya que debían tomar una gran cantidad de pastillas por día y éstas presentaban numerosos efectos adversos muy molestos, lo cual provocaba que las personas abandonen los tratamientos. Así lo recuerda el entrevistado:

“Por ejemplo, tomar 10 pastillas de indinavir y debía consumirse abundante cantidad de agua, más de 2 litros por día, porque en caso contrario, se hacían manifiestos los cólicos renales, muy intensos y dolorosos. En la actualidad, es normal ver a las personas con la

botellita de agua, pero por aquellos años, no era así, y muchas veces, ese simple acto, era motivo de sospecha o marginación.”

A principios de los '90, empezaron a presentarse más casos de VIH-sida en Rosario y se posicionaron algunos efectores en la atención a PVVS. Emblemáticos eran el Hospital Carrasco (HIC) por tratar tradicionalmente enfermedades infecto-contagiosas y el Hospital Provincial del Centenario (HPC) y ante las urgencias, el HECA siempre era el faro seguro donde arribar. Uno de los entrevistados hace referencia a esa época de formación:

“En 1991, la formación en el HECA, a cargo del Dr Montero, consistía en leer papers, los que se iban publicando, evaluar casos que se presentaban, ir a realizar capacitaciones en efectores de Buenos Aires, como el Hospital Muñiz. Era todo muy artesanal y movilizado por las inquietudes personales”.

Era reciente la creación del Programa Nacional, se trataba de una enfermedad relativamente nueva, que tenía bastante desconcertada a la comunidad médica y científica y en los primeros años, no eran claros ni unánimes los criterios para el tratamiento de las PVVS, aunque empezaban a constituirse las primeras guías de tratamiento o indicaciones propuestas por el mismo Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS. Y así lo cita uno de los entrevistados:

“...al principio, se advertía que cada efector se manejaba en forma autónoma y usaban diferentes criterios, para los pacientes con VIH-sida en general y para las embarazadas inclusive. Esto se daba dentro de los diferentes efectores municipales y a nivel nacional también”.

El mismo entrevistado, en el recorrido cronológico, refiere a la importancia de la creación del Programa Municipal de SIDA:

“...El PROMUSIDA se creó en 1992, mediante la ordenanza 5532. Inicialmente dependía del Departamento de Epidemiología y a partir de 1995, se le asigna presupuesto a través de una alícuota de un impuesto municipal y se efectiviza a partir de 1996, por ende, se trata de un programa con financiamiento ‘propio’ desde ese momento. En 1996, se designa a la primera coordinadora: la Dra Andrea Labartete y a partir del 02 de enero de 1998, a la fecha, la coordinación del PROMUSIDA, está a mi cargo (Dr Damián Lavarello) [...] Rosario, fue una de las primeras ciudades, si no es “la” primera, en crear un programa municipal de lucha contra el SIDA. Además de presupuesto, se le asignó personal y demás recursos para su funcionamiento. [...] La estructura de este programa fue bastante importante y a veces un tanto cuestionada, por algunos miembros de la propia SSP, que llegaron a decir que el programa funcionaba como una Secretaría de Salud paralela, por la cantidad de personas que lo conformaban. También tuvo algunos cuestionamientos por entidades que estaban tomando un rol activo por esos años, como las organizaciones no gubernamentales (ONG’s) ya que, en sus comienzos, el PROMUSIDA, funcionaba o actuaba de acuerdo al típico modelo hegemónico hospitalo-céntrico”

Entre 1996 y 1997, se posicionó el Hospital Juan Bautista Alberdi (HJBA) como principal efector notificador. (63 notificaciones en 1996 y 100 en 1997) (IEM, 1997). En dicho hospital se estaba gestando un grupo de profesionales que se diferenciaría en el abordaje a las PVVS. Uno de sus referentes, relata en la entrevista que ya en su etapa de residencia en hospitales provinciales, se había despertado en él, el interés por tratar a PVVS, entonces, al asumir el cargo en el Hospital Alberdi, aquellos pacientes que ya lo consultaban

previamente por esta afección, “lo siguieron” a su nuevo lugar de atención, en tanto que otras personas, amigos o contactos, se acercaban a dicho efector porque se había hecho conocido en la comunidad por tratar a PVVS. El entrevistado describe al Hospital Alberdi del siguiente modo:

“...El Alberdi era un efector ‘no expulsivo’, lo cual actuaba como una especie bálsamo para las personas afectadas por el VIH-sida en aquellos años”

Además, marca la importancia de la conformación del equipo de salud:

“El equipo, estaba formado por personal que manifestaba inquietudes o intereses particulares acerca de la nueva epidemia. Se fue conformando de manera muy informal o por voluntades individuales. Es en estos años que interviene el rol de farmacéutico de hospital en la gestión de ARV, porque hasta ese momento, el médico tratante era el que mediaba y/o intervenía para conseguir la medicación”

Quien fuera coordinador del Programa Provincial de Lucha contra el SIDA y ETS, también relata la época en que los esquemas de tratamiento se hacían en forma secuencial:

“Los tratamientos se hacían conforme iban apareciendo o llegando los ARV y, además, teniendo el conocimiento, desde mi cargo, o manejando la información de que algunas drogas, llegaban antes que otras o estaban “más disponibles” porque en Buenos Aires preferían no usarlas, entonces, solicitábamos esas, para que las asignaciones sean más rápidas”

Las respuestas de todos los entrevistados fueron coincidentes y unánimes en cuanto a la atención de pacientes con obras sociales durante los '90 en el subsector público, pues las obras sociales y prepagas, negaban la atención y hospitalización a las PVVS. Por esos años, estaba casi naturalizado que dichos pacientes debían ser asumidos por efectores del subsistema de Salud Pública.

“Lo mismo sucedía con mujeres VIH (+), que tenían Obra Social o eran de alguna localidad cercana, que venían a dar a luz a la Maternidad Martin, muchas veces sin ningún tipo de control prenatal o porque el obstetra manifestaba abiertamente que no podía atenderla con su condición de VIH (+)”.

Esto remarcaba otro de los entrevistados, a quién se le habían asignado funciones en la Maternidad Martin con el objetivo primordial de disminuir la transmisión vertical del virus durante los primeros años de los '90.

2. DIFICULTADES PARA CONFORMAR UN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO. OTRAS HERRAMIENTAS ESTRATÉGICAS

La aparición del VIH-sida en el mundo ha planteado varios y diversos desafíos para las ciencias y la comunidad en general. Desde los primeros casos, se ha estudiado a esta enfermedad como a pocas, unificando criterios y compartiendo conocimientos, acortando y/o acotando brechas en estudios clínicos, generando excepciones a la propiedad intelectual, que pusieron en valor el derecho a la salud de las personas sobre el derecho al reconocimiento económico por la innovación y el desarrollo de la industria farmacéutica

arribando a consensos terapéuticos y movimientos sociales pocas veces conseguidos con anterioridad (OMC 2001). Sin embargo, toda la evolución ha sido con idas y vueltas, marchas y contramarchas, que podrían hacer pensar que el VIH está entre nosotros, hace muchísimos años, cuando en realidad hizo su debut hace muy pocas décadas. En 1982 se notificó el primer caso de VIH-sida en Argentina, mientras que en Rosario esa primera notificación llegó en 1984, y desde entonces, hasta 1996, se registró un crecimiento sostenido. En 1996 se encuentra el punto más alto de la curva. Cabe destacar que, en ese año, se incorporan tres nuevas enfermedades marcadoras: TBC pulmonar, neumonía a repetición y cáncer de cuello uterino invasivo y que, en el segundo semestre de 1996, el Programa Nacional comenzó a proveer los TARGA, con lo que se inicia el descenso de número de pacientes los años subsiguientes. En Rosario, y en coincidencia con la situación a nivel nacional, desde 1996, se registró una tendencia decreciente de casos de SIDA (en ambos sexos), en los efectores municipales (BEM, 2000).

Para caracterizar a la nueva pandemia, se utilizaron diferentes herramientas de análisis. Algunas fueron descartadas al poco tiempo de implementarse, otras fueron útiles oportunamente, pero con el correr del tiempo quedaron en desuso y otras, se utilizan en la actualidad, incluso de manera más certera gracias a los avances tecnológicos. Entre las herramientas utilizadas, se mencionan o destacan:

- Fichas de Entrega / Consumo de ARV (“Consolidados mensuales”)
- Partes Epidemiológicos
- Población Centinela

El registro de entrega de TARV en farmacias de la red municipal se remonta a 1997. Mediante estos reportes, fue posible contar con información sistemática y periódica de la población atendida en los efectores municipales a través de las “Fichas de entrega-consumo individuales”, las cuales correspondían a las PVVS que retiraban mensualmente su TARV en cada una de las farmacias. Estas fichas, planillas o “consolidados mensuales”, como se los conoce dentro de la red, se conformaban por el listado de los TARV solicitados y asignados por el Programa Nacional de SIDA y ETS, a PVVS en los diferentes efectores municipales. Esto permitió conocer la cantidad de PVVS que concurrían por mes, el momento de ingreso de casos nuevos al circuito de suministro de medicación, su distribución por efector, los cambios de tratamientos solicitados y los cambios de efector que realizaba el paciente dentro de la red para retirar sus ARV.

En 1997, se registran las primeras notificaciones desde algunos efectores de APS (IEM, 1997). El primer informe de este tipo, donde la fuente de información fueron las fichas individuales de entrega-consumo de farmacia, se resume en el siguiente cuadro:

TARV asignados en los efectores públicos municipales hasta agosto 1997

EFECTOR	Nº DE PAC CON TARV
HTAL J.B. ALBERDI	201
HTAL INTENDENTE CARRASCO	89
HTAL ROQUE SAENZ PEÑA	76
HTAL EMERGENCIAS CLEMENTE ALVAREZ	70
HTAL NIÑOS VICTOR J. VILELA	40
MATERNIDAD MARTIN	25 (15 MUJERES + 10 BB)
APS (C.S)	9
TOTAL	510

(IEM, 1997, p. 12)

El coordinador del PROMUSIDA hace referencia en su entrevista, al comienzo de su actividad en un C.S ubicado en el Distrito Sudoeste de la ciudad, el Centro de Salud Las Flores, en 1993, donde asistía en forma semanal para atender a PVVS. Éste sería uno de los puntos de inflexión en el abordaje de esta problemática en salud, donde se intentaría dar respuesta y/o seguimiento a estos pacientes desde un nivel territorial, desde el PNA, y al mismo tiempo, descomprimir o descongestionar el nivel hospitalario.

No obstante, el registro discriminado por niveles de atención aparece como una construcción propia de la red de salud municipal y así lo reconoce el Director del PROMUSIDA en otra parte de la entrevista:

“No hay, no existen registros epidemiológicos de PVVS discriminando niveles de atención”

Otras estrategias que se utilizaron inicialmente para caracterizar a la pandemia, fueron los partes epidemiológicos y la definición de poblaciones centinela.

En un principio, los sistemas de VE se han basado en el análisis de ‘Casos de SIDA’ y ‘mortalidad’, para caracterizar a la epidemia. Pero esa información única, no permitía describir la dinámica y distribución de la infección. Las estrategias de monitoreo mejoraron con el transcurso del tiempo, incorporándose otras variables, indicadores, estudios y estimaciones, dejando de contabilizar sólo los casos de SIDA y muerte. Aunque la notificación de caso de SIDA y fallecimiento, es obligatorio según la Ley Nacional de SIDA N°23798, existieron varios problemas para implementarla de manera óptima: subregistros, retraso en las notificaciones, sub-notificaciones y datos incompletos, lo cual constituyó un gran obstáculo para el monitoreo de la epidemia en la población y, por

consiguiente, para la adecuada implementación de acciones preventivas y/o asistenciales contra el VIH-sida.

Los departamentos de Epidemiología, Trabajo Social y el PROMUSIDA elaboraron en forma multidisciplinaria una ficha epidemiológica local, con toda la información que se consideró pertinente contar a ese momento para caracterizar a la población afectada por el VIH-sida ya que consideraban que las fichas epidemiológicas de nación requerían escasa o inadecuada información en relación a los aspectos sociales, económicos, culturales, contextuales, subjetivos de la población, lo cual, limitaba la posibilidad de construir un diagnóstico socio-epidemiológico. Es por ello, que en 1997 se dejarían de usar los partes epidemiológicos de Nación, para usar los propios, implementándose en forma definitiva en 1998. (IEM, 2000).

El 6 de julio del 2001, mediante el decreto N°881, el Poder Ejecutivo Nacional, modifica el código de identificación de los pacientes con VIH-sida y que rige en la Provincia de Santa Fe desde el 01 de septiembre de 2001. El decreto actualmente en vigencia, que modifica el artículo 2°, inciso e) del Decreto N°1244, Ley 23798/91, establece que: *Se utilizará un código que combine el sexo, las DOS (2) primeras letras del nombre (DLN), las DOS (2) primeras letras del apellido (DLA), el día del nacimiento (DN), el mes del nacimiento (MN) y el año del nacimiento (AN), éste de cuatro dígitos. Los meses y días de un solo dígito serán antepuestos por el número CERO (0).* Estas modificaciones se incorporaron en la nueva Ficha Epidemiológica de VIH-sida del Programa Nacional, donde también pueden notificar las nuevas infecciones por VIH. (IEM, 2003. p.31). Con esta acción, a mediados del 2001, el Programa Nacional de lucha contra retrovirus humanos, SIDA y ETS, crea el Registro Nacional de Personas Infectadas por VIH a fin de mejorar el conocimiento de la

epidemia de VIH-sida y su evolución. A nivel local, el registro de infecciones por VIH comenzó a realizarse conjuntamente con el registro de casos de SIDA en el marco de la VE de VIH-sida en la SSP desde el año 1998 (ficha epidemiológica local). Dicho registro permitía discriminar los casos de infección por VIH de los casos de SIDA, y la eventual evolución de VIH a SIDA. La manera de notificación respeta el llamado “flujo de información” tradicional, según el cual cada nivel sanitario-administrativo envía información a los niveles de mayor agregación. Así desde el nivel municipal se eleva la información al Programa Provincial de ETS y SIDA de la Provincia de Santa Fe y desde éste se envía al nivel nacional central: Programa Nacional de Lucha contra Retrovirus humanos, SIDA y ETS (BEM, 2005. p.44).

Uno de los especialistas entrevistados, relató la petición elevada por los infectólogos de la red, al PROMUSIDA para dejar de completar esa planilla (Ficha Epidemiológica), alrededor del año 2013, pues la consideraban prescindible para la asignación del TARV, porque no era requisito por parte del Programa Nacional y además, porque debían completar muchas otras planillas para la autorización de C.V y CD4 y para los ARV propiamente dicho, lo cual tornaba muy burocrático todo el mecanismo de la solicitud. En relación a esto, también comentaba:

“... se desvirtúa mucho el tiempo en la atención al paciente por lo que implica el llenado de papeles y planillas. Es más, hay colegas infectólogos que me refirieron que no quieren hacer consultorio de VIH, por lo que implica la cantidad de papeles a completar [...] ya sería tiempo de optimizarlo”

Otra estrategia implementada para el seguimiento de la pandemia, fue la realizada sobre la denominada “Población centinela”. Debido a la dificultad existente para llevar a cabo la VE de la infección por VIH-sida en la población general, el Programa Nacional conjuntamente con el proyecto LUSIDA impulsaron a partir de 1998 una estrategia de recolección de datos de seroprevalencia en “poblaciones específicas o centinelas” (grupos de población de la mayor homogeneidad posible en cuanto a comportamientos vinculados al riesgo de contraer y/o transmitir el VIH). En el IEM del 2000, se describe las acciones implementadas y las poblaciones seleccionadas para este fin. En el ámbito municipal de Rosario, se implementó en los siguientes 3 grupos:

- a. Poblaciones de embarazadas y/o parturientas en las maternidades municipales
- b. Donantes de sangre
- c. Consultantes voluntarios a los Servicios de consejería y detección. (desde 1999)

3. DESCENTRALIZACIÓN DE TARV: UN PROCESO DE IDAS Y VUELTAS.

Los primeros registros de TARV en el PNA de Rosario, datan de 1997 y corresponden a los asignados a un C.S del Distrito Sudoeste, llamado Las Flores. Uno de los referentes entrevistados, confirma que desde 1993 empezó a ir en forma semanal a dicho efector para atender a PVVS, donde además de los pacientes que se iban generando por la adscripción, también había otros, que fueron siguiéndolo en su recorrido profesional por diferentes efectores, pero eran residentes de ese barrio. En el mismo C.S, trabajaba un psicólogo interesado y movilizado por el tema y a partir de 1997, concretaron un proyecto y empezó a

funcionar una consultoría en VIH-sida, como una estrategia más para abordar la problemática desde lo local. En relación a esto, comentaba:

“Allí se brindaba asesoría sobre VIH-sida [...] y también se podía solicitar la prueba o test en forma espontánea, sin necesidad de mediar una orden de un generalista u otro médico.

La idea era no perder la oportunidad ni decirle a la persona que vuelva al otro día, o el lunes, porque muchas veces, si no se aprovecha ese momento, se dispersan las voluntades o la iniciativa para poder tomar la muestra”

Esto serviría de prueba o muestra para luego plantear a la coordinación del Departamento de Programas que la atención a las PVVS debía hacerse extensiva a todos los C.S de la Municipalidad, lo cual provocó reacciones dispares, aún dentro del mismo equipo de programas. El entrevistado, refiere en relación a ello:

“...en ese momento había resistencia en la atención a estos pacientes en muchos hospitales, y desde luego en el sector privado. Las embarazadas no siempre eran atendidas como corresponde. Pero, de todas maneras, se debía ir a por la adscripción de estos pacientes en el centro de salud, a que el equipo conozca sus historias clínicas, sus antecedentes, que el paciente se comprometa con los controles y el tratamiento...”

Como en casi todo lo nuevo, reinaba el miedo a lo desconocido y provocó cierta resistencia en algunos equipos, mientras que, en otros, fue muy bien recepcionado y asumido como un nuevo desafío. En la entrevista, relata algunas de estas posturas:

“...Algunos jefes de centros de salud, llegaron a decir o a afirmar que, en la zona de adscripción de su C.S, no tenían casos de VIH-sida. Desconocimiento total o actitud negacionista. [...]Nos constaba que había. Era un absurdo pensar que allí no había casos”

El referente del PROMUSIDA ratifica que lo primero que debió hacerse, fue trabajar justamente hacia adentro del propio programa, convencer a sus integrantes que las acciones a implementar en el territorio, serían positivas y proactivas para todos. Pues, la mayoría de quienes conformaban el plantel tenían una concepción tradicional hospitalo-céntrica que no comulgaban demasiado con el modelo de APS y menos si se pretendía avanzar sobre la población de PVVS. También existieron resistencias a nivel hospitalario, de varios centros de salud, de profesionales, tanto especialistas como médicos del PNA.

El Hospital Carrasco (HIC), es tradicionalmente y por excelencia, el efector municipal de referencia en enfermedades infecto-contagiosas. Por esos años, el perfil del HIC se ajustaba al modelo hegemónico “hospitalo-céntrico”, donde los pacientes arribaban o eran llevados a la guardia para su atención, o podían verse largas colas desde la madrugada para conseguir un turno. Se recepcionaba todo tipo de pacientes, tanto de Rosario como de otras localidades, personas con órdenes judiciales, o privados de la libertad, adictos, pacientes del subsistema privado que tuvieran TBC y/o VIH. Uno de los entrevistados recuerda que, tras un episodio violento y desafortunado ocurrido en el HIC, fue necesario reorganizar y “derivar” pacientes hacia los hospitales correspondientes, ya sea municipales, provinciales o privados.

“...Hubo un episodio que involucró a un paciente que estaba internado allí, en uno de los pabellones de aislamiento, era un presidiario y con esa condición, tenía un policía que lo

custodiaba [...] un fin de semana, vino un 'compañero' y le 'voló la cabeza' de un disparo al policía y se escaparon los dos. Esto, fue lo que determinó que finalmente se tomen medidas, porque, por ejemplo, las personas privadas de la libertad, que necesitan hospitalización y/o atención médica, la misma debe ser provista por efectores dependientes de la Provincia y no del municipio, como lo es el HIC. Nosotros, en ese momento, desconocíamos eso. Por lo tanto, primero fue imprescindible hacer una reorganización y descentralización hospitalaria, o conocido dentro de la red municipal como "DESCARRASQUIZACIÓN" para poder avanzar con la descentralización propiamente dicha, hacia los C.S, tal como proponía la política sanitaria de la Municipalidad"

En una entrevista con otro profesional, también se hace mención a este episodio y se agrega:

"Había que descarrasquerizar al SIDA" - término acuñado desde el mismo seno de la SSP [...]. Siendo uno de los ejes de dichas acciones, la capacitación de otros profesionales para que puedan asumir a las PVVS en los demás hospitales"

A continuación, se presentan datos de la red cuando comenzaba a tomar impulso la idea de descentralizar la dispensa de los TARV. Obsérvese que, en 1998 las PVVS que retiraban su TARV en el PNA representaban sólo el 2,76 % o diciéndolo desde el punto de vista hospitalario, este sector representaba el 97,24% y en el 2004, el nivel hospitalario 89,57% y los casos en APS ascienden al 10,43% del total.

Cuadro: Número de personas que reciben TARV mensual/efector municipal. 1998-2004

AÑO	HJBA	HIC	HECA	HRSP	HNVJV	MATERNIDAD MARTIN/CEMAR	APS	TOTAL
1998	145	129	60	36	37	15	12	434
1999	203	171	51	54	57	11	27	574
2000	201	145	41	55	40	5	33	524
2001	226	185	45	77	49	13	41	632
2002	264	193	36	Sin inf.	48	Sin inf.	40	581
2003	222	215	36	75	49	10	55	662
2004	218	244	38	86	50	8	75	719

Fuente: Información originada en el área de auditoría de Farmacia. (BEM N°9. 2005, pág. 28)

Todos los efectores, (excepto HECA, que disminuyó y HNVJV, que mantuvo relativamente el mismo pool), aumentaron el número de personas en tratamiento. El incremento más importante en términos proporcionales entre todos los efectores, se da en el sector de APS (se quintuplicó entre el año 1998 y 2004), a partir de lo cual podría plantearse que se verifica un proceso de descentralización de la dispensación de los TARV, lenta y gradualmente. Este hecho, acompaña al proceso general de descentralización de atención en salud como política sanitaria en la SSP e intenta mejorar la accesibilidad por parte de la población en este aspecto. (BEM, 2005).

En relación a la atención de PVVS en los dos hospitales de tercer nivel de la red (HECA y HNVJV) se encuentran algunas particularidades propias del rol que tienen estas instituciones.

En el HECA no hay dispensa de medicación crónica. La inauguración del HECA en su nuevo edificio fue en abril del 2008. En la entrevista con la referente de la Dirección de Farmacia de la SSP, decía lo siguiente:

“La farmacia del HECA está habilitada como una farmacia hospitalaria, pero a partir del traslado de la institución, se programó sin dispensa de medicación a los pacientes y mucho menos medicación crónica, o sea, funciona como una farmacia interna del hospital, mediante mensajería entre las salas y el servicio de farmacia.”

Desde la implementación de los TARGA, el comienzo del proceso de descentralización y el traslado del HECA, es coherente que la cantidad de PVVS en ese efector haya disminuido año a año, a punto tal, que desde el 2014, no existen registros de pacientes con asignaciones de TARV en el HECA. Los pocos que habían quedado en el registro, fueron derivados a sus C.S de referencia o se le realizó la adscripción a alguno, otras de las PVVS tenían obra social, entonces se los orientó para realizar el trámite por la misma. También se confirmaron algunos óbitos, de acuerdo a los registros de Auditoría de Farmacia. La entrevistada, así lo relata:

“Había quedado un pool de pacientes con TARV anclados al hospital, puntualmente a un especialista en infectología, eran alrededor de 12 o 15 pacientes, quienes buscaban a la médica para que les hiciese la receta, ya sea mediante un turno o mediante vías informales, (consultas de pasillo), pero después era difícil sostener la entrega de esos ARV”

En cuanto al HNVJV, hospital de niños de tercer nivel, se encuentra en el BEM (2005), que este efector hizo un seguimiento de los casos, durante los primeros años del VIH-sida en la institución y arrojó los siguientes datos: En el período de 9 años (desde mayo 1988 a mayo

1997) se atendieron un total de 206 consultas de madres VIH (+). Durante ese período se detectaron 86 niños afectados por el VIH-sida (42%). De acuerdo a la situación clínica, 48 niños presentaron manifestaciones de enfermedad (SIDA), mientras que los 38 restantes se consideran en etapa de infección. Es muy probable que esos 38 niños que se encontraban en estadio de infección, hayan podido acceder al TARGA en 1996 y llegar a la vida adulta. Según registros de farmacia, en el 2018, el HNVJV tenía 17 pacientes activos y ese mismo año, algunos de ellos fueron “descentralizados”, por ser considerados mayores de edad para seguir siendo atendidos en esa institución.

En el año 2000, se incorporó al PROMUSIDA, un médico especialista en infectología, a quién se le asignaron funciones en el C.S San Martín, el C.S más grande del PNA, ubicado en el Distrito Noroeste de la ciudad. El profesional, refiere en la entrevista que, a los pocos meses de comenzar a funcionar el consultorio de infectología, ya contaba con más de 40 pacientes con VIH-sida.

Alrededor del 2006, comenzaron a funcionar paulatinamente los consultorios de infectología en el CEMAR, organizados de la siguiente manera: cada infectólogo tiene un hospital base, del cual es referente, pero, como se considera que infectología es una especialidad matricial, realizan consultorio externo en el CEMAR, una vez por semana y allí pueden atender a pacientes de toda la red de salud municipal, independientemente del distrito en el cual se encuentre el centro de salud que gestionó la interconsulta.

Los datos mostrados en la tabla anterior (Cuadro: Número de personas que reciben TARV mensual/efector municipal. 1998-2004), evidencian los pacientes a los cuáles se les asignó el TARV desde el Programa Nacional, pero, para acceder al mismo, debían cumplimentarse

ciertos criterios. Los mismos, estaban enmarcados dentro de las guías de tratamientos propuestas por el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y ETS, las cuáles se basaban en lineamientos internacionales, y se actualizaban conforme avanzaban los estudios acerca de la enfermedad y las drogas disponibles para tratarla. En el 2006 se realiza el 1° Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral, (SADI, 2006) donde se aclaran cuáles eran los factores que se habían tenido en cuenta para el enfoque adoptado: Tratar a la PVVS cuando sus $CD4 < 200$ células/ml. Situaciones en las cuáles ‘Considerar’, ‘Recomendar’ o ‘Diferir’ el inicio de TARV. En consensos posteriores, se modificaron criterios para el inicio del TARV, estableciéndose que el mismo debía comenzarse cuando los valores de $CD4 < 500$ células/ml, lo cual, muchas veces actuaba como un factor de demora o retraso en la asignación del TARV porque se consideraba que los valores de $CD4$ por encima de 500 células/ml podía esperar la asignación, pues aún no cumplía con el criterio propuesto. Hasta que, en 2015, hay un viraje alentador cuando se conocen los resultados del estudio START que sostiene que la iniciación temprana del TARV tiene efectos positivos en la salud y el bienestar de las PVVS, independientemente de los valores de sus $CD4$.

No obstante, antes de que llegasen estos anuncios y las acciones implementadas por ONUSIDA para llevar a cabo un diagnóstico temprano y TARV oportuno e inmediato, ocurrieron diferentes situaciones con idas y vueltas y dificultades que se resolverían sobre la marcha, tanto a nivel Nacional como local. Por ejemplo, en el BEM N°10 (2008), la publicación hace diferenciación entre los casos reportados de SIDA por los diferentes efectores y los casos reportados de infección por VIH. Se observa que existen discrepancias aún dentro del mismo Boletín donde se notifican números de casos acumulados. A modo de

información, se tendrá en cuenta los datos de las tablas en las que se incluyen los efectores de APS.

Desagregados por efector, las notificaciones acumuladas desde 1988 a 2006 en los cinco hospitales, concentran el 95,96% de casos de SIDA y 93,52% para casos de VIH. En el periodo del año 2007, esta cifra corresponde al 74,26% y 78,44% para los casos de SIDA y VIH, respectivamente. Esta situación podría deberse a la política de distritalización sanitaria de la SSP en la que se observan que cada vez más se notifica SIDA como VIH desde los efectores correspondientes a APS (BEM, 2008, pág. 18)

En el siguiente BEM, el N°11, que se publicaría en abril del 2010, se hace referencia a que existió en 2009, una unificación de información de efectores municipales con la administración sanitaria provincial, trabajando desde entonces con bases unificadas y depuradas, pero encontraron que existía un alto número de pacientes que habían sido atendidos y notificados por más de un efector. También aquí se expresa que, siguiendo la iniciativa nacional, se deja de discriminar las notificaciones en “casos de SIDA” y “notificación por VIH”, considerándose desde entonces, “notificaciones en general”. En este boletín, se informa la cantidad de casos acumulados de VIH-sida notificados hasta el 2009, entre los hospitales municipales y el CEMAR, concentraban el 87,48 %, siendo del 66,10% sólo en el 2009. Se cita el ejemplo del HIC, que en 1999 representaba el 71% de las notificaciones acumuladas, mientras que, en el 2009 representa el 55,2% y 43,5% en el 2010. En tanto que el sector que aumentó considerablemente su población bajo TARV, fue el de APS, aumentando 13,4 veces (1341%). De esta manera, APS, pasó de significar el

2,7% de los retiros de TARV a representar el 18,7% del total de la red de salud municipal durante el 2009. (BEM, 2010)

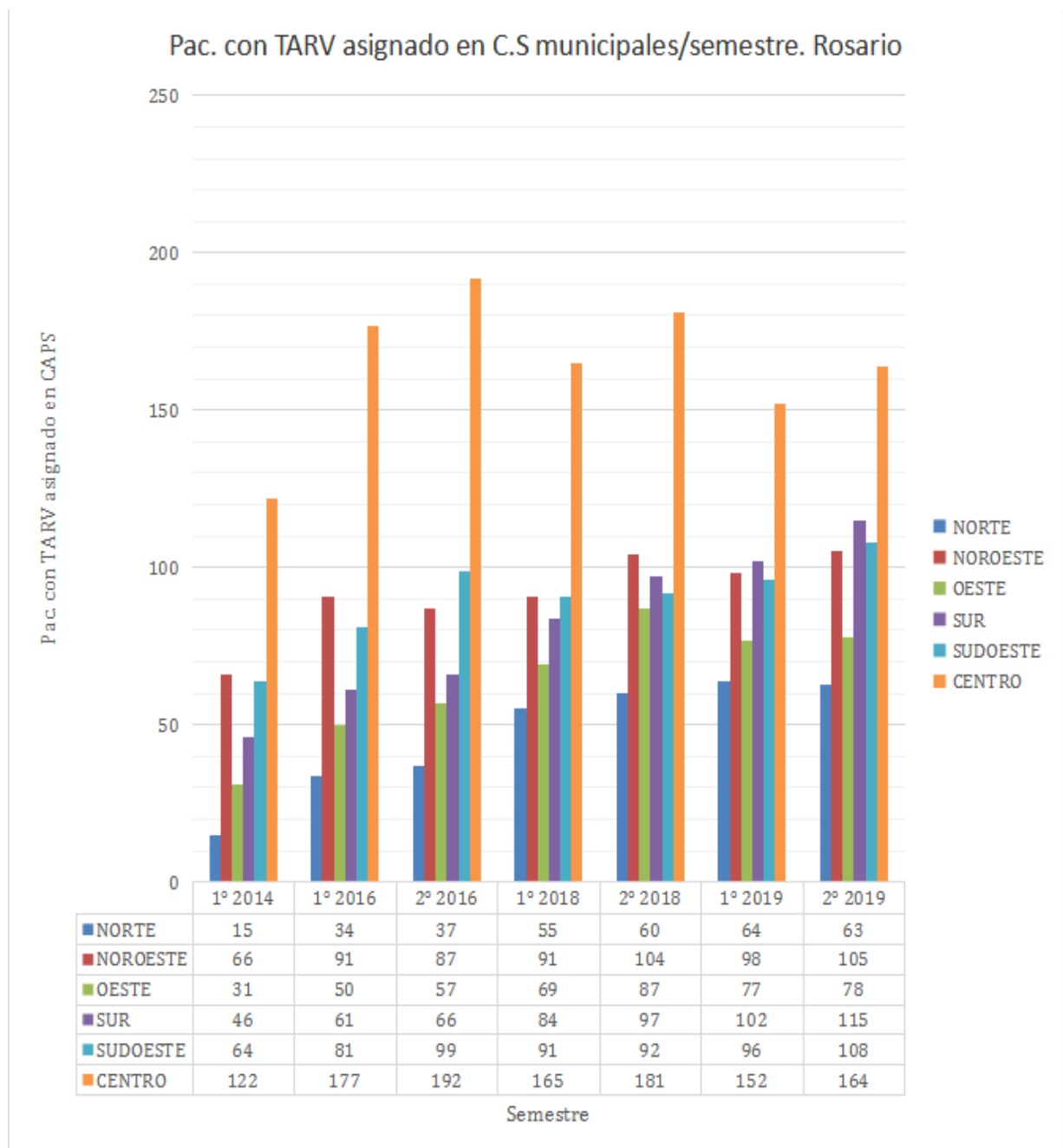
Conforme pasaban los años, se afianzaban las acciones descentralizadoras hacia el PNA, impulsadas por la política de salud pública local. Se implementaron distintas estrategias que se aplicaron en diferentes líneas de acción, alcanzándose también a PVVS bajo TARV, tal como lo demuestran los datos expuestos. En el año 2013, APS, representaba casi el 25% del total de TARV asignados en toda la Red de salud municipal.

Pacientes asignados con TARV en efectores municipales en el año 2013

	HJBA	HIC	HECA	HRSP	HNVJV	MARTIN/ CEMAR	APS	TOTAL
ASIGNADOS (hasta 2013)	239	448	27	181	37	100	304	1237

(BEM N°12, 2014, pág. 52)

El siguiente gráfico muestra la distribución de las PVVS que retiran sus TARV en los C.S de la Municipalidad de Rosario, corresponde a los años 2014, 2016, 2018 y 2019. Se visualiza dicha distribución según los 6 distritos en los que se divide la ciudad. En 2015 se hicieron los anuncios de ONUSIDA, de acuerdo a los resultados del estudio START, donde quedaba demostrado que debía tratarse a la PVVS ante el diagnóstico de VIH (+), independientemente del valor de sus CD4, al mismo tiempo que debía aumentarse la oferta de diagnóstico a la población. Es por ello que existe un aumento considerable de las PVVS con TARV asignado por parte del Programa Nacional a partir del 2016.



Fuente: Programa informático Municipal de ARV (Access. 2014-2016). Fuente: SISR (2018-2019).

Droguería APS

- ✓ **Distrito Norte (azul)**: 6 C.S (Juan B. Justo, La Florida, 1° de Mayo, Casiano Casas, S. Mazza, Alicia Moreau de Justo)
- ✓ **Distrito Noroeste (bordó)**: 8 C.S (San Martín, Dra D. Ferrandini, Juana Azurduy, Ceferino Namuncurá, Roque Coulin, Emaús, H. Dunant, Lic. Ugarte)
- ✓ **Distrito Oeste (verde)**: 9 C.S (M. Casals, Luchemos por la vida, Dr E. Maradona, Eva Duarte, D. Staffieri, Santa Lucía, Toba, Rosello, Vecinal Roca)
- ✓ **Distrito Sur (violeta)**: 7 C. S (20 de junio, Sur, L. Pasteur, Maiztegui, El Mangrullo, Matheu, R. Naranjo)
- ✓ **Distrito Sudoeste (celeste)**: 12 C.S (Champagnat, San Vicente de Paul, Tío Rolo, Elena Bazet, Pocho Lepratti, Parque Sur, San Martin “A”, Barrio Plata, Itatí, Las Flores, El Gaucho, Santa Teresita)
- ✓ **Distrito Centro (anaranjado)**: 1 C.S (Martin)

Existió un crecimiento sostenido en la cantidad de asignaciones de TARV en todos los distritos. Llama la atención que el Distrito Centro, el cual está representado por un solo C.S, el Centro de Salud Martin, concentra casi el 40% del total de los TARV hasta el 2016. Esto podría explicarse porque es el distrito de la ciudad de mayor densidad poblacional, porque el centro de salud está ubicado estratégicamente de manera contigua al CEMAR, lo cual facilitaba una pseudo-descentralización, cuando el paciente argumentaba que no quería retirar su TARV en el centro de salud de su barrio, o cuando el infectólogo prefería mantener su tratamiento de manera más supervisada, o simplemente porque llegaba al turno sin su hoja de referencia y era más fácil “asignarle” ese centro de salud, aunque no sea

realmente al cual estuviese adscripto. En relación a esta situación particular, la Directora de Farmacia lo expresaba así en su entrevista:

“...esto data del comienzo mismo, desde la inauguración del CEMAR y luego quedan instaladas algunas prácticas [...] porque en el CEMAR, en un principio, no había farmacia habilitada para la dispensa de medicamentos [...] Las cuestiones con medicamentos, incluidos los ARV, se canalizaban mediante la farmacia del Centro de Salud Martin que, en la mayoría de las veces, actuaba como “ventanilla de la farmacia del CEMAR”. Por estos motivos, ese centro de salud, tiene tantos pacientes con TARV, que un gran porcentaje, no son pacientes adscriptos a ese centro”

Por otro lado, lo que también propició que este efector tenga un gran número de PVVS en tratamiento, fue que, durante varios años el jefe del centro de salud, fue quien realizaba consultorio de hormonización para la transición de cambio de género. Dicho consultorio funcionaba en el CEMAR, pero por proximidad, y por lo expuesto recientemente, se indicaba que retiren sus tratamientos en el Centro de Salud Martin. El número de pacientes en esta condición, no era despreciable ya que muchas de las personas trans, también estaban bajo TARV. El hecho que se provea el tratamiento de hormonización en efectores municipales, fue un acto de salud pública pionero en el país. Además, era un ‘coadyudante’ para que estas PVVS hagan su TARV con mejor adherencia. En otro tramo de la entrevista, la Directora de Farmacia, relataba lo siguiente:

“...Esto también es parte de la historia. La SSP, decide abrir en el CEMAR un consultorio para el abordaje de hormonización de las personas Trans, aproximadamente en el año

2006, a cargo de un especialista. Luego de unos años, ese consultorio quedaría a cargo de quién también fuera jefe del Centro de Salud Martin”

Durante el periodo en que el jefe del C.S, cumplía un doble rol, siendo también el referente en este tipo de tratamientos, generó que el C.S se convirtiera en un lugar de referencia para esa población y así lo marcó la entrevistada:

“...Había un día que [el especialista y jefe de C.S] atendía en el CEMAR, pero sus pacientes sabían que lo encontraban en el centro de salud, ante cualquier consulta o situación, lo cual motivó que funcione el consultorio o dispositivo de atención a pacientes Trans en el Centro de Salud Martin. Muchas de las chicas trans, además de su tratamiento de hormonización, tienen asignado su TARV”

En 2010 se habilita la Farmacia Martin-CEMAR, con ventanilla para la dispensa de medicación, motivado por el traslado e inauguración de la Nueva Maternidad Martin en el quinto y sexto piso del CEMAR y así lo relata la referente farmacéutica de la red:

“... desde la habilitación de la Farmacia Martin-CEMAR, en octubre del 2010, los infectólogos, podrían haber determinado que aquellos pacientes que no estén adscriptos a ningún centro de salud o que no quisieran retirar su TARV por algún motivo en su centro, lo hagan en la Farmacia Martin-CEMAR, pero, en estos casos, ya se había aceitado el mecanismo de ir al Centro de Salud Martin [...]Mientras esto se mantuvo sin tensiones, no hubo problemas, pero empezaron a ocurrir algunas situaciones y planteos por parte del centro de salud, de por qué debía atender a pacientes que ni siquiera tenían historia clínica allí o que no eran pacientes del centro”

Quien fuera jefe del Centro de Salud Martin y referente del consultorio de hormonización, cumplió su ciclo en ambos puestos. Luego de un tiempo, quien asumiera la jefatura del C.S, encuentra algunas incongruencias y realiza cuestionamientos y el planteo de la necesidad de solucionar la situación de los pacientes que retiraban su TARV y terapia de hormonización y no estén adscritos a dicho C.S. Así lo cita la Directora de Farmacia:

“[...] Después de varios planteos lógicos desde la jefatura del C.S, en el 2017, tomamos el tema desde la Dirección de Farmacia, y se lo empezó a trabajar con Farmacia Martin-CEMAR y la Dirección del CEMAR. Primero, con todos los pacientes de un infectólogo: aquellos que tuviesen centro de salud, se los referenciaba allí, tras hablar primero con el paciente y luego con el farmacéutico a cargo del centro de salud destino. Y aquellos pacientes que no quisieran retirar en su Centro de Salud o no estén adscritos a ninguno, comenzarían a retirar sus ARV en la Farmacia Martin-CEMAR. Así se seguiría avanzando, gradualmente con todos los pacientes que no fuesen adscritos al C.S Martin...con algunas dificultades en el camino. En la actualidad, se retoma el tema con la farmacéutica del C.S Martin para regularizar esa situación. [...] También hubo una resistencia inicial a asumir a estos pacientes por parte de la Farmacia Martin-CEMAR, pero correspondía que los asuman y se fue trabajando paulatinamente muy bien.”

4. DESCENTRALIZACIÓN DE TARV: CON EL DIARIO DEL LUNES

La política de descentralización sanitaria en la red local, fue un proceso atravesado por muchas idas y vueltas y por posiciones profesionales que estuvieron de acuerdo desde un principio y otras que fueron detractoras desde el mismo momento o cuando fueron afectadas en su funcionamiento. El tema de la descentralización de la atención de PVVS y la dispensa de TARV, no fue ajeno a esta dualidad de posturas. Uno de los entrevistados, relataba lo siguiente:

“...Si bien, fue una decisión que acuerda con la política de salud pública local, no fue consensuada, ni bien comunicada, ni tampoco trabajada adecuadamente, tanto para los infectólogos, como para los médicos del PNA. La receptividad de los diferentes C.S, fue dispar, pues algunos acordaron asumir la problemática y otros lo tomaron como una sobrecarga, no sólo de trabajo, sino de complejidad.”

Otro de los profesionales entrevistados, también deja en evidencia el déficit en la comunicación y la ausencia de una línea estratégica como matriz rectora a seguir, dejando librado a que cada especialista y cada equipo de salud, actúe en forma autónoma y artesanal. Así lo exponía:

“La forma en que trabajé la descentralización, fue yendo a reuniones de equipo o reuniones con los médicos en los centros de salud, del distrito en el que está emplazado el hospital, para tratar la problemática de los pacientes o charlas del tema. [...] Era de una manera artesanal y movilizad por la inquietud e interés de algunos profesionales de los C.S en asumir la responsabilidad de atender a PVVS. Además de dejar de manifiesto de mi parte, la predisposición para la interconsulta, por canales informales, además de los

formales [...] Debe existir un feed-back positivo entre el infectólogo y el médico de referencia del centro de salud”

Otros de los profesionales entrevistados acordaron que la descentralización de los TARV es parte de una política de salud general y lo planteaban de la siguiente manera:

“...la descentralización de TARV se da por decantación, como parte de la política de salud pública local. [...] Siempre se trabajó o propició la descentralización como parte de la política de salud desde el PROMUSIDA, pero sin ninguna capacitación u organización formal”

Una de las profesionales que participó de los procesos de descentralización, desde lo local, expresaba lo siguiente en su entrevista:

“... La descentralización de TARV, fue de la mano de la descentralización de todas las patologías complejas. Seguro que existió resistencia inicial [...] formó parte de todo un proceso de una política de descentralización. Los ARV, no podían quedar fuera de esto...como parte de toda la complejidad del territorio, porque las cosas transcurren allí...en el territorio [...] Se trató de un trabajo coordinado entre el infectólogo referente y el médico del centro, se establecieron acuerdos”

En relación a esto, el referente de PROMUSIDA, desde donde se propiciaba la descentralización de TARV, sostuvo en su entrevista que la Dirección de APS (Dirección de Centros de Salud) fue quién favoreció el proceso y estuvo de acuerdo en todo momento para su implementación, pero también reconoció que no existió una estrategia ordenada o protocolo establecido para llevar adelante la descentralización de las PVVS desde el

segundo y tercer nivel de atención hacia el PNA. En su entrevista, refirió que existieron charlas de tipo informal con algunos referentes del momento de infectología de los hospitales, que no auspiciaron la estrategia descentralizadora o consideraban que no era el momento para implementarla.

En otra de las entrevistas, se recoge la siguiente síntesis, que podría resumir las diferentes opiniones manifestadas por los demás profesionales en relación a la estrategia, o falta de orden en la estrategia descentralizadora de TARV:

“Hay una falta de apoyo del programa (PROMUSIDA) hacia los médicos del PNA y hacia los infectólogos. Es muy difícil tener un Programa de VIH-sida que no tenga fuerte gobernanza sobre los infectólogos y que los equipos de salud referencian mucho más hacia los especialistas que hacia el propio programa. Y esto es lo que genera mucho de los inconvenientes, porque si hubiera un plan de capacitación continua, una interacción o triangulación más fluida entre el programa, los equipos y los especialistas, se potenciarían aún más las diferentes acciones a implementar, y desde ya, la descentralización en general y la de aquellos pacientes que quedaron anclados al nivel hospitalario, que no quieren o no tuvieron la oferta de ir a un centro de salud, o porque el especialista quiere que esos pacientes continúen allí. [...] Si realmente hubiera una política gobernada por el programa con fuerte presencia en la dirección de atención primaria, se hubieran descentralizado... pero falta eso.”

DISCUSIÓN:

En el presente trabajo se propuso describir el proceso de descentralización de la dispensación de TARV dentro de la red de salud pública municipal desde la perspectiva de los profesionales durante el período 1995 a 2019. En este apartado se pondrán en diálogo los hallazgos de la investigación con los de otros autores y se organiza en dos subapartados:

1. LA MIGRACIÓN DE LOS TARV: LA SALIDA DE LOS HOSPITALES

Los primeros casos de VIH-sida en la ciudad de Rosario fueron coincidentes con la llegada a la intendencia de un gobierno socialista, quien tenía un plan innovador para el sistema de salud local, con objetivos muy claros en cuanto a la conformación y fortalecimiento de una red de salud basada en la APS como estrategia privilegiada, constituyéndose así, en uno de los ejes fundamentales de gestión (Jiménez, 2009). Los resultados ponen en evidencia que, en los primeros tiempos, la atención de PVVS era casi exclusiva en los hospitales y más puntualmente en ciertos hospitales, situación estrechamente vinculada a los profesionales que habían asumido la atención de las PVVS en los inicios de la pandemia, tratándose en ese período de una enfermedad terminal o con un pronóstico de vida bastante acotado, tras haber sido diagnosticada. Esta situación es coincidente con lo remarcado en el estudio realizado por Margulies (2008), donde identifica dos períodos para los primeros médicos que trabajaron con la problemática del VIH-sida, el primero: durante 1993-1994 rotulados como “los médicos del sida”, teniendo en cuenta la experticia y el carácter pionero, a pesar de la ineficacia de las respuestas técnicas, estos profesionales tenían el privilegio de beneficiarse de los avances de la investigación básica en la materia. Y un segundo período:

1998-1999 donde se asistió a la resignificación de los contenidos del accionar de esos profesionales gracias al “proceso de institucionalización de los tratamientos ARV” (Margulies, 2008).

No obstante, el análisis de los resultados provenientes de los registros históricos de PVVS y el retiro de TARV en los distintos efectores municipales, ponen en evidencia que a medida que se iba consolidando la red de salud, y especialmente fortaleciendo el PNA, aumentaba el número PVVS que retiraban su TARV en un C.S. Así mismo la incorporación de los TARV posibilitó la cronicidad y esa condición jugó a favor de la descentralización, el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (s-e-a-c) de las PVVS se hizo más previsible como el de otras enfermedades crónicas. En el caso del VIH-sida su caracterización como enfermedad crónica se asoció a la menor utilidad operativa de la distinción entre infección-enfermedad a favor de la consideración de un continuo, el proceso VIH-sida, y se vio facilitada por el desarrollo de marcadores de progresión cada vez más precisos y por los avances en los tratamientos y en particular los efectos de las medicaciones ARV en el incremento de la duración de la vida con la enfermedad. Se presentó así la cronificación merced a la intervención en la “evolución natural” de la enfermedad: de condición aguda y fatal el VIH-sida pasa a tratarse como condición crónica, progresiva (enfermedad infecciosa incurable con manifestaciones crónicas) con una conclusión fatal pero que “da el tiempo para el descubrimiento de nuevas y mejores terapias” (Margulies, 2008, p. 110)

Entonces a partir del nuevo siglo y considerando a las PVVS como pacientes crónicos se puede poner en paralelo su atención con la de otros pacientes con patologías crónicas (HTA y DBT) en esta misma red. Desde ese punto se encuentran diferentes trabajos que ponen de manifiesto las percepciones de los profesionales del PNA y del 2do nivel de atención,

respecto a la comunicación e intercambio de información no ocurren de la forma esperada, para la operatoria en red que se pretende implementar. Se encontró que no hay percepción de coordinación entre niveles por parte de los profesionales, no obstante, los usuarios perciben que la atención que reciben está coordinada entre los profesionales de los distintos niveles. (Equity L.A II, 2015/2017). Ese punto coincide con lo mencionado por Chiara (2012): la coordinación de la atención va de la mano del entramado de actores y el contexto local.

De acuerdo a las entrevistas realizadas en el presente trabajo, hay algo que supo comportarse como un obstáculo y también como un facilitador, dependiendo de la perspectiva y del momento histórico en que se analice, y son justamente los ARV, como medicamentos esenciales. Se hizo referencia en varias oportunidades a la burocratización y el excesivo tiempo de gestión para la asignación de los TARV. Según se desprende de dichas entrevistas, podría haberse tratado de una instancia local (municipal) lo que hacía retrasar el trámite. Esto, es señalado en etapas previas a la utilización de sistemas informáticos (SISR y SISA). En un estudio realizado previamente en la misma red de salud y para el universo de usuarios con la misma condición, se halló que:

[..] el circuito atraviesa los distintos niveles jurisdiccionales, así desde el nivel municipal se envía la información hacia el nivel sanitario-administrativo superior (Programa Provincial de ETS y SIDA de la provincia de Santa Fe) y desde éste se envía al nivel central nacional (Programa Nacional de Lucha Contra los RH, SIDA y ETS). El recorrido que realiza la solicitud de tratamiento ARV y la asignación efectiva a un paciente determinado demora alrededor de 3 meses (Colautti, 2009).

En otro estudio realizado en Buenos Aires y Gran Buenos Aires, también se advertían dificultades en el acceso a los ARV:

Pese a la disponibilidad de los medicamentos antirretrovirales se seguían evidenciando dificultades en las condiciones del acceso a los mismos en particular entre los residentes en conurbano y provincia de Buenos Aires, dada la necesidad de la concurrencia a la sede del Ministerio en la ciudad de Buenos Aires y la complejidad y obstáculos de la tramitación (Margulies, 2008. p.50)

No sólo la gestión y los tiempos para la asignación de los TARV fueron un obstáculo, sino también la provisión de los ARV propiamente dichos y la medicación para enfermedades concomitantes, ocasionadas por la condición de VIH (+) y un estado inmunológico debilitado. Lo cual hace dependiente a cada jurisdicción de las compras o licitaciones centrales. El Programa Nacional, funciona como una política centralizada en un país federal, en el cual las provincias tienen autonomía, pero no tienen gestión descentralizada y no se maneja un presupuesto para la compra de medicamentos desde el nivel intermedio o local (Colautti, 2012).

Todos los entrevistados coinciden al señalar deficiencias en la comunicación o formas de comunicar el proceso de descentralización de PVVS y sus TARV. Se recogen, en forma prácticamente unánime, la necesidad de haber contado con un ciclo de capacitación continua y sostenida, respecto a la temática, donde estén involucrados y participen representantes de diferentes ámbitos y niveles, por tratarse de una condición que toca varias y diferentes aristas: médicos especialistas (infectólogos), médicos del PNA, bioquímicos, farmacéuticos, enfermeros, administrativos, y cualquier personal que le interese o aborde la

problemática. La arista vinculada a la capacitación y formación de los equipos para llevar adelante algunos procesos de atención también fue abordada por Herrmann (2013). En las entrevistas realizadas en esa investigación se encontró que la mayor limitante para explicar el uso inadecuado de algunas herramientas que garantizarían la continuidad en la atención en el tránsito por los distintos niveles de atención de los pacientes es la falta de capacitación en el empleo de las herramientas que se intentan implementar. En ese estudio se halló que sólo los médicos generalistas tuvieron una instancia formal de capacitación.

Al no haberse implementado este tipo de ciclo o programa, para definir criterios, comunicar en la misma línea, hallar consensos a implementar o ir actualizándolos, se pusieron en marcha estrategias del tipo informal, entre los distintos actores de diferentes niveles o aún dentro del mismo nivel, para arribar a consensos mutuos, internos o formas de trabajar, estableciéndose así, “mini-redes” o “redes de personas” dentro de la propia red de salud, promovidos por intereses particulares o voluntades individuales, en pro de garantizar la atención y el tratamiento a las PVVS. Este resultado coincide con lo encontrado en otro trabajo realizado en la ciudad donde se ponen de relieve las estrategias paralelas e informales que generan los profesionales para alcanzar la atención de las PVVS y el acceso a medicamentos específicos (Colautti, 2009).

Otro estudio realizado sobre la misma red de salud, evidencia que en Rosario el registro de la información clínica no se encuentra informatizada. Por otro lado, en esta red existen dispositivos de registros de información que facilitan el seguimiento y la atención integral y longitudinal del paciente pero que sólo pertenecen al PNA. A diferencia de lo planteado para otras redes de Argentina, en la red de Rosario los médicos reconocen que, con una articulación entre niveles menos obstaculizada, no habría que recurrir a relaciones

personales para obtener una información clínica adecuada. También para Rosario se destaca que el otorgamiento de turnos por sistema de cupos y la distritalización de los especialistas mejoraron la organización y acceso al segundo nivel (Puzzolo, 2019).

Respecto de las interconsultas, si bien la red de salud municipal ha avanzado bastante en la tarea de disminuir las barreras de acceso al segundo nivel, es posible que aún queden aspectos de índole organizacional y cultural a reformular para hacerla más efectiva (Herrmann, 2013). De acuerdo a las entrevistas realizadas para el presente estudio, algunos profesionales especializados, sostenían que, si el paciente quedaba vinculado a nivel hospitalario (2do y 3er nivel), se podría tener mejor control sobre su tratamiento y/o evolución, aun cuando la PVVS se encontrase en condición ambulatoria. Herrmann (2013) manifiesta en una de sus conclusiones, que no se trata de que los especialistas de segundo nivel tengan una población de usuarios a cargo, ni que los usuarios portadores de una condición crónica accedan directamente al especialista, sino de fortalecer las capacidades resolutivas del PNA a partir de contar con este recurso lo más próximo y accesible para el apoyo de los médicos de referencia.

De la misma manera que estuvieron los profesionales que favorecieron la descentralización, hubo especialistas que no acordaron con esa estrategia. Algunos referentes de los inicios, no consideraba apropiado “sacar” a las PVVS fuera del ámbito hospitalario. Otros, quizá más contemporáneos también presentaron dudas y resistencias para avanzar con la descentralización hacia el PNA. Uno de los factores mencionados, fue la falta de confianza en la capacidad resolutiva del PNA o la falta de formación de los médicos en terreno, en el tratamiento de pacientes que tienen esta condición. Hay opiniones, que van por otros carriles, manifestando que, quizá el especialista no quería descentralizar a las PVVS, pues

denota una posición de prestigio o posicionamiento el tener la sala de espera llena de pacientes. Sin embargo, los resultados coinciden con los hallazgos de otro trabajo sobre la misma red donde se encontró que los profesionales que conforman los equipos de salud consideran que los insumos de farmacia y de laboratorio son adecuados para el seguimiento longitudinal de padecimientos crónicos (Herrmann, 2013). En relación a farmacia, el mismo trabajo pone en evidencia que la posibilidad de contar con arsenal terapéutico adecuado en el primer nivel actúa como soporte de trabajo de los equipos de salud, permitiendo ampliar las capacidades en la producción de cuidados en el primer nivel (Herrmann, 2013).

Por otro lado, también existieron obstáculos desde el mismo PNA pues, al tratarse de una descentralización “a lo sui generis” se podía prestar a diferentes interpretaciones y muchos médicos consideraron que se recargaba al primer nivel y se le sumaba complejidad. Uno de los entrevistados, hacía mención que, en los primeros años de implementarse la descentralización, se sobreestimó la capacidad resolutoria de los C.S. Había voces desde el nivel central que sostenían y predicaban que “en el centro de salud se puede abordar y resolver cualquier patología, inclusive la asociada a la complejidad de una PVVS”.

En este punto resulta interesante retomar a Chiara (2012, p. 230):

[...]El derrotero de la política local pone en evidencia otro aspecto poco tratado en los estudios de descentralización que refiere a las particulares condiciones de funcionamiento de cada sector. Descentralizar los servicios de salud supone no sólo prever el esquema de distribución del trabajo dentro del aparato estatal (quién se encarga de qué) sino definir cuáles serán los umbrales de prestación (variable

fuertemente condicionada por los cambios tecnológicos y de la industria farmacéutica), cuál será el modelo a través del cual se garantizará el acceso y prestación de los servicios de salud y a quiénes.

2. ENTRE LA INNOVACIÓN Y LA IMPROVISACIÓN

La política sanitaria descentralizadora en la Municipalidad de Rosario se venía implementando para varios procesos de atención y sus correspondientes programas, como PPR, DBT, TBC con tratamientos supervisados, los cuáles eran más fáciles de aplicar y/o hacer el seguimiento desde el territorio mismo, no obstante, surge el interrogante: ¿estaba el PNA preparado para hacerse cargo de los procesos de atención de las PVVS? ¿Se trató de un avance precoz sobre la atención descentralizada de esta afección?, ¿Fue una estrategia innovadora? o ¿fue justamente un avance improvisado para la época en que empezó a implementarse? considerando además que, en algunos casos, muchas de esas PVVS o algunos de sus familiares eran ya adscriptos a distintos C.S por otras situaciones; y en otros casos, no existía un vínculo previo con un C.S.

El ejercicio en territorio y el avance en la descentralización de otras patologías y clases de tratamientos, como parte de la política de salud local, permitió plantear y llevar a cabo la descentralización en la dispensa de ARV, la atención de las PVVS y el seguimiento de los tratamientos en una forma más cercana. Pero para poder implementar esto, sostenerlo y mejorarlo, existieron situaciones y/o circunstancias que oficiaron de factores facilitadores y otros tanto de obstaculizadores de esta decisión y de la descentralización propiamente dicha. Así lo exponía Chiara (2012, p.229):

La política sanitaria que resulta de este proceso de construcción de autonomía relativa de los actores municipales en la arena local permite volver a las cuestiones planteadas por la literatura de la descentralización, matizando sus complejidades.[...] Si bien las condiciones del contexto dibujan el escenario, las respuestas que va configurando la política sanitaria municipal están fuertemente condicionadas por atributos que son propios de cada contexto local; hacemos particular referencia al entramado de actores y a las capacidades estatales.

Esto pone particularmente en evidencia la relevancia que tiene el entramado de actores y la complejidad de las relaciones e intereses que se ponen en juego en la arena local.

A continuación, se describen algunos factores que oficiaron de facilitadores, de acuerdo a lo expuesto en las diferentes entrevistas con los profesionales que asistieron a la etapa en que se inició la descentralización y otros que se sumaron en el proceso.

La piedra fundamental, y en la que todos han acordado, como principal operador y facilitador fue justamente, la decisión política, o sea, la política de salud que la Municipalidad de Rosario implementa en los efectores de salud que tiene a su cargo. Los ejes fundamentales de la Política sanitaria local son, según Jiménez (2009): la descentralización de los servicios hospitalarios, la jerarquización de la atención primaria, la recuperación de la capacidad instalada, la capacitación del personal, el desarrollo de la investigación, el impulso de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud, la articulación en red de los diferentes niveles y el impulso de la participación social. En ese marco la existencia de un Programa Municipal (PROMUSIDA), fue estratégico en las acciones para llevar a cabo la descentralización de los TARV. En las entrevistas se remarca

que los primeros años fueron más activos y de mayor participación y también se menciona que los programas tienden a ser catalíticos, pues sin la existencia del PROMUSIDA, la descentralización hubiese sucedido, pero, seguramente, hubiese llevado muchos más años. (D.L). Tal como resume Jiménez (2009), el PROMUSIDA, reunía en sí, las premisas propuestas para la política sanitaria. Un estudio hecho en la misma red (Colautti, 2012), también destaca la actividad del PROMUSIDA en los primeros años, y la muy buena receptividad entre los usuarios y la comunidad de PVVS. En dicho estudio, se relata que en uno de los efectores funcionaba el servicio de Hospital de Día, un espacio estratégico para facilitar la vinculación de las PVVS con los ARV y otras cuestiones y trabajaba en forma articulada con el PROMUSIDA y diferentes organizaciones civiles.

Sin dudas que las organizaciones civiles fueron de los facilitadores innegables y pusieron en agenda al VIH-sida a escala mundial, nacional y local. En los primeros años de la epidemia, tuvieron un rol muy importante las ONG, con una vigilancia muy activa para promover la disponibilidad de TARV y siempre actuaron y actúan para garantizar y favorecer los derechos de las PVVS.

Otros facilitadores fueron los profesionales. Tanto los especialistas en infectología (posición no adoptada en forma unánime), como también algunos médicos del PNA que, movilizadas por intereses en la temática y en el paciente, se han involucrado y han asumido la atención de las PVVS.

El PNA se fue fortaleciendo con el correr de los años y también se fueron profesionalizando diferentes áreas que, en sus comienzos, no estaban incluidas, como ser trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras y farmacéuticos, entre otros. Una arista

fundamental para el tema trabajado es la presencia de profesionales farmacéuticos dentro de los equipos de salud en el PNA, el aumento de la presencia de estos profesionales es gradual y permite que se optimice todo lo relacionado a gestión medicamentos e insumos de farmacia, a la dispensa propiamente dicha, seguimiento de tratamientos, interviniendo en la mayor adherencia y son quienes tienen mejor vinculación con los pacientes, fundamentalmente con aquellos que reciben un tratamiento crónico, tal como lo es el TARV.

En las entrevistas, quedó reflejado que uno de los facilitadores fundamentales, fue justamente el paciente, en poder disponer de su tratamiento en un lugar próximo a su domicilio, donde conocen su historia clínica, su situación y desde donde se pueden gestionar las interconsultas con los diferentes especialistas de acuerdo a las necesidades.

Otro de los grandes facilitadores del proceso, es la implementación de la tecnología y los sistemas informáticos, para cualquier instancia (nacional, provincial y municipal). Estos sistemas, evitan duplicidad de cargas, confusión de identidades, permiten conocer si presentan cobertura social, agilizan la asignación de TARV y registra el historial de diferentes tratamientos realizados con anterioridad, valores de laboratorio, efectores de salud donde la PVVS realizó atenciones o se le realizaron dispensas de ARV o medicación relacionada a su condición y la dispensa del TARV propiamente dicho. Lo limitante, y que sucede en todas las provincias y/o jurisdicciones, es que no son extrapolables o no se pueden migrar de un sistema a otro. Por ejemplo, es necesario hacer la carga en el sistema local, SISR y también hacerlo en el nacional (SISA). El mismo operador, debe cargar en ambos sistemas, para que se mantengan actualizados y sean así confiables y consistentes.

CONCLUSIÓN:

El eje principal del presente trabajo, trató de describir los procesos que se sucedieron para la descentralización en la dispensación de TARV en el PNA durante el período en estudio. Los resultados muestran que para entender procesos tan complejos donde intervienen diferentes actores y convergen políticas sanitarias de distintos niveles y jurisdicciones era imprescindible recurrir a una estrategia de investigación cualitativa.

La vigilancia epidemiológica, ha sido estratégica para el estudio del comportamiento del VIH-sida en la población, brindando información para la toma de decisiones en políticas públicas. En un principio, todos los sistemas de VE se han basado en el análisis de ‘Casos de SIDA’ y ‘mortalidad’, para caracterizar a la pandemia. Pero esa información única, no permitía describir la dinámica y distribución de la infección. Las estrategias de monitoreo mejoraron con el transcurso del tiempo, incorporándose otras variables, indicadores, estudios y estimaciones, dejando de contabilizar sólo los casos de SIDA y muerte. El PROMUSIDA, desarrolló un sistema de VE del VIH-sida con la finalidad de conocer y analizar la dimensión y características que adopta dicho problema sanitario en nuestra ciudad. Desde hace varios años, se han dejado de utilizar los partes epidemiológicos en el ámbito municipal y nacional, por diferentes motivos: sub-notificaciones, déficit de datos, fichas incompletas, retraso en las notificaciones, acuse de burocratización en la consulta por parte de los profesionales. En la actualidad se realiza la notificación para VIH por vía informática a través del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS) incluido o vinculado a SISA.

La llegada e implementación de los diferentes recursos informáticos, ha resultado ser sumamente beneficioso en varios aspectos del abordaje de la problemática, como: la agilización de plazos en la asignación de tratamientos, correcta identificación del paciente, porque en un principio, además de la demora, las solicitudes de estudios y medicación se hacía mediante una planilla manuscrita, utilizando la codificación para la identificación del paciente, la cual, no siempre era fiel a su identificación en el DNI o podría incurrir en errores en el operador al no identificar correctamente el código por ser ilegible o confuso, dependiendo del prescriptor. También los sistemas informáticos, subsanaron instancias de doble retiro o seguimiento de los pacientes por diferentes efectores en situaciones bastante habituales, como: internaciones en hospitales, mudanza de ciudad, privación de la libertad, ingreso al circuito laboral, por ende, provisión a cargo de la obra social, (u orientación a que así sea). Otro sector, en el cual quedó evidenciada la ventaja de contar con sistemas informático consistentes, fue en la población trans, que tras sancionarse la ley de identidad de género en el 2012 (Ley 26743), ejemplo de una política pública que da garantías a un derecho, quedarían así asignados los TARV en forma correcta y coherente a la PVVS y su DNI. Por otro lado, mediante los sistemas informáticos, se facilita el registro de la dispensa de los ARV, y así se puede facilitar el seguimiento o la adherencia del paciente a su tratamiento.

En cuanto a la dispensa propiamente dicha, la adherencia al tratamiento y la gestión de la medicación ARV, los efectores del PNA de la Municipalidad de Rosario, cuentan con la ventaja de tener el servicio profesionalizado a cargo de un farmacéutico. Si bien, la incorporación de éstos fue paulatina a lo largo de los años, fue en aumento y en la actualidad hay varios C.S que tienen un farmacéutico en forma exclusiva, en tanto que los

demás profesionales están a cargo de las farmacias de 2 C.S. De la entrevista con la Directora de Farmacia, surge que está en agenda la intención de incorporación de más farmacéuticos al PNA a fin de que esta profesión quede incorporada a cada equipo de salud de cada uno de los efectores. Resulta superador la presencia de estos profesionales para todo lo relacionado a medicamentos y optimización de este recurso, además, para la dispensa y comunicación con el paciente, fundamentalmente con aquellos que retiran un tratamiento en forma crónica. Desde el territorio mismo, los profesionales farmacéuticos consideran urgente e imperiosa la incorporación de colegas. A propósito de esto, muy recientemente, en noviembre del 2021, el Ministerio de Salud de la Nación aprueba la resolución 2949/2021: Plan de Desarrollo de los servicios farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud, que tiene como fin mejorar la calidad y lograr equidad de los sistemas de salud, garantizando a la población el acceso a los bienes y servicios de salud. La resolución hace fuerte hincapié en: *promover que los Servicios Farmacéuticos en Atención Primaria de la Salud desarrollen acciones que tiendan al mejor logro de los objetivos del cuidado de la salud, tanto individual como colectiva [...]; y Propiciar la incorporación y participación de las y los farmacéuticos en el equipo de Atención Primaria de la Salud, en vistas de procurar una mejor atención sanitaria y la salud de la población.*

Esta resolución, se basa en las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2030, referido a Salud y Bienestar, que adopta el documento de la OPS/OMS del año 2013 donde se hace referencia a “Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria de Salud (SFAPS).

El funcionamiento en red, tiene como eje principal la política sanitaria rectora, pero es fundamental tener claro el rol de cada eslabón, los diferentes niveles de atención, la función

de cada sector, los actores involucrados en el proceso y a quienes está dirigida la atención. Más allá de que cada sector realice su trabajo de manera competente, es necesario contar con un nivel de comunicación entre niveles y/o sectores que opere como un continuo en la atención y el cuidado de la salud de la población a cargo y fundamentalmente del paciente. En el caso de las PVVS, el disponer en tiempo y forma de su TARV hace que se favorezca la adherencia, permite trabajar el compromiso de la persona con su tratamiento, favorece lograr y mantener su carga viral de manera indetectable, con todos los beneficios que eso conlleva para sí misma, para la comunidad y para el propio sistema de salud. Por lo cual, se torna imprescindible contar con políticas públicas y gestiones eficientes para garantizar la provisión continua y efectiva de los TARV. También surge de las entrevistas que sería interesante y conveniente realizar un proyecto de actualización y/o capacitación para los profesionales y el personal involucrado en lo concerniente a la problemática de salud en estudio. Además, revisar propuestas y objetivos en relación a la población de PVVS, tanto para los que están bajo tratamiento, como para aquellos que tienen mala adherencia, al mismo tiempo que se podría trabajar en forma más sostenida para identificar a personas con VIH que aún desconocen su condición.

Desde la aparición del VIH-sida a la actualidad, han transcurrido un poco más de 40 años, y aunque se hayan superado algunas barreras estigmatizantes en relación a las PVVS, otras, sólo se han superado en apariencia. En su momento, se consideró pertinente codificar a estos pacientes con el fin de preservar su identidad, en tanto que, en la actualidad, muchos consideran, incluidos los propios pacientes, que dicha codificación reviste mayor discriminación que ser llamados por su nombre y apellido. También surge de las entrevistas que, en algunos efectores u hospitales, los consultorios o salas que atienden a estos

pacientes, aún están aisladas o denominadas como “Consultorio HIV” o “Consultorio de retrovirus”. En este sentido, algunas líneas quedan abiertas y se renuevan las preguntas de investigación desde la perspectiva de los usuarios: ¿cómo percibieron las PVVS, como usuarios de la red, ese proceso de descentralización?, ¿qué dificultades tuvieron? ¿cómo resolvieron los problemas con los que se encontraron? ¿quiénes facilitaron esos procesos?, ¿cómo percibieron las resistencias de los equipos o de algunos profesionales o propias?

Como cierre queremos revalorizar y colocar en el centro de la discusión al territorio, donde todo confluye: decisiones políticas de los diferentes niveles jurisdiccionales, necesidades de todo tipo de la población y características de las personas que conforman esas redes que contienen y sostienen el funcionamiento y la dinámica cotidiana. El andamiaje es complejo y los movimientos que se producen deberían ser procesos que respeten e incluyan las particularidades de cada uno de esos territorios y sus actores.

ANEXOS:

1. ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información para el entrevistado y hoja de consentimiento informado

Título de la investigación: Descentralización de la dispensación de antirretrovirales hacia el Primer Nivel de Atención: *un recorrido desde 1995 a 2019, desde la perspectiva de los profesionales del subsector público de la red de salud municipal de la ciudad de Rosario*

Institución: Carrera de Especialización en Administración y Auditoría en Farmacia. Facultad de Ciencias Bioquímica y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario.

Investigador principal: Farm. Silvana Mehring. D.T de Farmacia Central de Centros de Salud. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

Directora del proyecto: Dra Marisel Colautti. Profesora Adjunta Área Farmacia Asistencial. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Co-directora de la Maestría en Salud Pública. Centro de Estudios Interdisciplinarios Universidad Nacional de Rosario.

I- Información para el entrevistado

Usted ha sido elegido para participar del trabajo: Descentralización de la dispensación de antirretrovirales hacia el Primer Nivel de Atención: *un recorrido desde 1995 a 2019, desde la perspectiva de los profesionales del subsector público de la red de salud municipal de la ciudad de Rosario*. El objetivo del trabajo es: describir el proceso de descentralización de la dispensación de TARV en la Red de Salud Pública Municipal a partir del año 1995 hasta el año 2019. La investigación conforma el Trabajo Final de Carrera de Especialización en Administración y Auditoría en Farmacia de Facultad de Ciencias Bioquímica y

Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario. Se realizará un trabajo descriptivo, de carácter exploratorio, mediante el cual se pretende describir el proceso de descentralización de la dispensación de los TARV y la atención de las PVVS en la Red de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario desde el año 1995 a 2019. El abordaje es cualitativo. La propuesta incluye entrevistar a referentes de la problemática del VIH/SIDA a nivel local, profesionales del PNA y profesionales del segundo y tercer nivel de atención que forman o formaron parte del proceso. Además, se utilizarán fuentes de información secundaria: documentos de la Droguería de APS y Auditoría de Farmacia: planillas de retiro mensual de ARV, fichas de solicitud de cambio de efector para el retiro de ARV, formularios de solicitud de TARV y del Programa Municipal: boletines epidemiológicos. También se utilizará el sistema informático local, Sistema de Información en Salud de Rosario (SISR) y el Sistema de georreferencia GV SIG. La información será analizada en una matriz de datos.

Función como sujeto participante de la investigación: su participación es voluntaria y podrá suspenderse en cualquier momento. Usted será convocado a responder una entrevista semiestructurada, éstas serán grabadas exclusivamente con la autorización de los entrevistados, quienes firmarán un consentimiento para la misma. Usted puede elegir no participar en esta investigación.

Confidencialidad

El proyecto se ajusta a los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas internacionales -Código de Nüremberg, Declaración de Helsinki y sus modificaciones; Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO,

2005), Documento de las Américas sobre Buenas Prácticas Clínicas 3 (OMS- OPS, 2005), tomados como marco referencial y las nacionales, en particular, la “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (Resolución N° 1480/11, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación). Toda la información que se genere a partir de la presente investigación debe asegurar la protección de los sujetos involucrados y garantizar el secreto estadístico de la información utilizada conforme a la Ley 25326 de Protección de los Datos Personales. La identidad no será utilizada para fines publicitarios. La información es estrictamente confidencial. Sólo el equipo de investigación tendrá acceso a los instrumentos relevados para producir y analizar la información básica. Se resguardará el anonimato de los sujetos involucrados en el estudio, así como de la información que considerara pertinente y/o necesario no revelar, durante el desarrollo de la investigación y en la difusión de sus resultados.

II- Consentimiento informado

Descentralización de la dispensación de antirretrovirales a Personas Viviendo con VIH/SIDA al Primer Nivel de Atención del subsector público de la red de salud municipal de la ciudad de Rosario: un recorrido desde 1995 a la actualidad. Su decisión de permitir la recopilación de esta información es voluntaria. Al firmar abajo, Ud. está autorizando su participación y la divulgación de los resultados que se obtengan, y que Ud. ha recibido una copia del presente Formulario de Consentimiento Informado.

Nombre y apellido del participante

Firma y fecha

ANEXO II: MODELO ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha de la entrevista:

Profesión:

Cargo / Función actual:

1. ¿En qué año ingresó a la Secretaría de Salud Pública?
2. ¿En qué otros cargos o funciones se desempeñó?
3. ¿Cómo fue su primer contacto y/o intervención en un caso de VIH/SIDA en el ámbito municipal? ¿Recuerda en qué año fue?
4. ¿Cuál era el procedimiento usado en ese momento ante la consulta de una persona viviendo con VIH/SIDA?
5. ¿Qué guías o protocolos de procedimiento se utilizaban para estos casos?
6. ¿Dónde eran atendidas o derivadas las personas viviendo con VIH/SIDA dentro de la red municipal?
7. ¿Cómo eran los circuitos para recibir medicamentos específicos?
8. ¿En qué momento se consideraba necesario solicitar una terapia antirretroviral?
9. ¿Quién/es cree que intervinieron para implementar la descentralización de la atención y la dispensación de tratamientos antirretrovirales hacia el Primer Nivel de Atención?
10. ¿De qué manera se dieron los procesos para que se descentralice la dispensa de tratamientos antirretrovirales hacia el PNA?

11. ¿Qué herramientas se pusieron en marcha y cuáles fueron los acuerdos necesarios para que se implemente esta política?
12. ¿Cuál es su opinión respecto a la descentralización de la dispensación de tratamientos antirretrovirales hacia el primer nivel de atención?
13. Según su criterio ¿Cuáles fueron los facilitadores de este proceso?
14. Según su criterio ¿Cuáles fueron los obstáculos del proceso?
15. ¿Cuáles fueron las resistencias de los equipos de salud?
16. ¿Cuáles fueron las intervenciones necesarias para aceitar los procesos?
17. Actualmente, ¿cómo se realiza la solicitud de un tratamiento antirretroviral para una PVVS?

Para profesionales de Droguería de Atención Primaria de la Salud se ajustarán algunas preguntas:

18. ¿En qué consiste o de qué manera se gestiona un TARV? ¿Siempre se hizo por esta vía?
19. ¿Cuál es el plazo de tiempo que implica la asignación de un tratamiento antirretroviral?
20. Describa de qué forma y con qué frecuencia solicita los medicamentos antirretrovirales. ¿A quién se los solicita?
21. ¿En qué se basa o fundamenta para hacer esa solicitud?
22. Una vez recibido ese pedido en droguería, cómo y cuándo, la persona viviendo con VIH/SIDA, recibe su tratamiento?

Referencias bibliográficas:

1. ALAMES (2018): Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC). Obtenido de:
<https://www.redalyc.org/journal/4063/406369009030/html/>
2. Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: Un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. *MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. IV / N° 6 / 2017. ISSN: 2362-616x*, 147-174.
3. Báscolo, E. (2010). Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Salud Pública* 12, 89-104. Recuperado el 03 de febrero de 2018, de www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a07.pdf
4. BEM (2005). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH-SIDA. PROMUSIDA y Sistema Municipal de Epidemiología N° 9. noviembre de 2005*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
5. BEM (2008). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH-SIDA. PROMUSIDA y Sistema Municipal de Epidemiología N° 10. abril 2008*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
6. BEM (2010). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH-SIDA. PROMUSIDA y Sistema Municipal de Epidemiología N° 11. abril 2010*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
7. BEM (2014). *Boletín Epidemiológico Municipal de VIH-SIDA. PROMUSIDA y Sistema Municipal de Epidemiología N° 12. diciembre 2014*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.

8. Bertolotto (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 362-374, jul./set. 2012
9. Borsotti, C. (2009). Temas de metodología de investigación en ciencias sociales empíricas. Buenos Aires.
10. Capiello, M. A. (2003). *Gestión de la salud: Principios orientadores puestos en acción en un contexto*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. UNR Editora. Obtenido de http://www.miguelcapiello.com.ar/contenidos/2016/07/05/Editorial_2811.php
11. Chiara, M. (2012) Paradojas de la descentralización en salud en el gran Buenos Aires, Argentina. derroteros de la construcción de política sanitaria en un escenario local. *Revista POSTData: Revista de Reflexión y Análisis Político*, vol. 17, núm. 2, octubre, 2012, pp. 199- 236. Grupo Interuniversitario Postdata. Buenos Aires, Argentina.
12. Colautti, M. (2009). Suministro de antirretrovirales en Argentina: Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. *Rev. Panam. Salud Pública* 2009;25(1):62–8.
13. Colautti, M. (2012). *Las personas que viven con VIH-sida y su vínculo con los antirretrovirales provistos por el Programa Nacional en Argentina* *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5):1203-1213, 2012. Recuperado el 05 de febrero de 2018, de <https://www.scielo.br/j/csc/a/Y4btKgVByN5sFxd8X8WWzx/?format=pdf&lang=es>
14. Corbetta (2007). Metodologías y técnicas de investigación social. Edición revisada.
15. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (2019). Secretaría de Gobierno de Salud. Guía práctica para la atención integral de personas adultas con VIH en el primer nivel de

- atención. Obtenido de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-practica-para-la-atencion-integral-de-personas-adultas-con-vih-en-el-primer-nivel-de>
16. Equity L.A II, 2015/2017 Impacto de las estrategias de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina. Resultados comparativos 2015/2017).
Obtenido de:
<https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/14475/Equity%20LA%20II.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
17. Franco-Giraldo, A. (2011). Atención Primaria de la Salud: ¿de regreso al pasado? *Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1): 83-94*. Obtenido de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a10.pdf>
18. Herrmann, J. (2013). *Primer nivel de atención y condiciones crónicas de salud: La capacidad de un Centro de Salud de la Municipalidad de Rosario para producir cuidados longitudinales e integrales en Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial*. UNR. Centro de Estudios Interdisciplinarios Instituto Juan Lazarte. Maestría en Salud Pública.
19. IEM (1995). *Informe Epidemiológico sobre el SIDA. Departamento de Epidemiología*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
20. IEM (1996). *Informe Epidemiológico sobre SIDA. Departamento de Epidemiología y PROMUSIDA*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Año 1996.
21. IEM (1997). *Informe Epidemiológico sobre VIH-SIDA. Departamento de Epidemiología y PROMUSIDA*. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Año 1997.

22. IEM (2000) *Informe Epidemiológico de VIH/SIDA. N°6. noviembre de 2000.*
PROMUSIDA y Sistema Municipal de Epidemiología. Secretaría de Salud Pública.
Municipalidad de Rosario.
23. Jiménez, C. A. (2009). Innovaciones en la gestión local en salud: una aproximación desde el caso de la Municipalidad de Rosario en el período 1995-2000. *SALUD COLECTIVA*, 211-224. Recuperado el 05 de febrero de 2018, de www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n2a05.pdf
24. KFF (2018). *Kaiser Family Foundation*. Cronología mundial del VIH-sida. Obtenido de <https://www.kff.org/hiv/aids/timeline/global-hiv-aids-timeline/>
25. Ley 15465/60. Obtenida de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-15465-195093/texto>
26. Ley 26743. Identidad de género. Obtenido de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley-26.743-identidad-de-genero_0.pdf
27. Ley Nacional de SIDA (Ley 23798/90). Obtenida de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23798-199/texto>
28. Margulies, S. (2008). La atención médica del VIH-sida: Un estudio de antropología de la medicina. Tesis Doctoral. Área Antropología. UBA. Buenos Aires, septiembre de 2008.
29. Municipalidad de Rosario, 2016. Anuario de Población y Estadísticas Vitales. Rosario. Recuperado el 31 de octubre de 2018, de https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/anuario_2016.pdf
30. Municipalidad de Rosario, 2019. Registro Único de Postulantes. *La descentralización en la ciudad de Rosario*. Obtenido el 22 junio de 2019 de <https://postulantes.rosario.gob.ar/condiciones/descentralizacion.pdf>

31. OMC, 2001. Organización Mundial del Comercio. Declaraciones de Doha. Doha, 9-14 de noviembre de 2001.
32. OMS (2001). Estrategia farmacéutica de la OMS Procedimiento revisado de actualización de la Lista Modelo OMS (No. EB109/8). Washington. Obtenido de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/81599/seb1098.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. OMS (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de la salud más necesaria que nunca. Obtenido de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. OMS (2013). *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de Salud Pública*. Recuperado el 22 de marzo de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/129493/9789243505725_spa.pdf?sequence=1
35. OMS (2020). Organización Mundial de la Salud. (junio de 2020). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/28/es/>. Recuperado el 13 de junio de 2020
36. OMS / UNICEF (2018): Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018.
37. OMS/OPS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Recuperado el 18 de marzo de 2018,

- [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004
&Itemid=2518&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en)
38. ONUSIDA. (2015). *90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia del SIDA*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
39. OPS / OMS (2010). Serie: *Renovación de la Atención Primaria de la Salud Nro 4: Redes Integradas de Servicios de Salud*. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación. Obtenida de:
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-
spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y)
40. OPS / OMS (2013): *Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de la Salud*. Obtenido de: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-
2013.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf)
41. Ordenanza 5532/92. Creación del Programa Municipal de sida (y sus modificaciones / actualizaciones). Obtenido de: [https://www.rosario.gob.ar/mr/normativa/otras-
normas/ordenanzas/ordenanza-5532-1992](https://www.rosario.gob.ar/mr/normativa/otras-normas/ordenanzas/ordenanza-5532-1992)
42. Paganini JM, Chorny A (1990). Los Sistemas Locales de Salud: los desafíos para la década del noventa. *Bol Of Sanit Panamá* 109 (5,6): 424-448. Obtenido de:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/16697>
43. Provincia de Santa Fe, 2022. Obtenido de: <https://www.santafe.gob.ar/maparecursos/>
44. Puzzolo, J. al col (2019). Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la red municipal de salud de la Ciudad Rosario, Argentina.

45. Resolución 2949/2021: Obtenido de:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/252583/20211110>
46. Rodger (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *THE LANCET*, 2428-2438. Recuperado el 14 de octubre de 2019, de
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2930418-0>
47. Rossi, M. T. y Rubilar, A. (2007). *Breve reseña de la evolución de los Sistemas de Salud. Argentina: Una historia de fragmentación e inequidad*. Consultora Excelgess. Recuperado el noviembre de 2019, de
https://www.academia.edu/35671180/Breve_rese%C3%B1a_de_la_evoluci%C3%B3n_de_los_Sistemas_de_Salud_Argentina_una_historia_de_fragmentaci%C3%B3n_e_inequidad
48. Rovere, M. (2006). *Una ciudad modelo. Aportes a la construcción de una gobernabilidad democrática*. Rosario. Obtenido de
https://www.elagora.org.ar/site/documentos/Experiencia_Salud_Rosario.pdf
49. SADI (2006). 1º Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral. 27 y 28 de noviembre del 2006. CABA. Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Obtenido de:
<https://drive.google.com/file/d/1LgHJy4NvNV-4hWpch0-SJzA2fE7yyegK/view>
50. Sidibé, M. (2011). *30 años de sida: la lucha permanente por la justicia social*. Actualizaciones en sida. Buenos Aires, agosto 2011. V.19. nro 73:67-78. Obtenido de:
<https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-73-67-78.pdf>
51. SSP, Municipalidad de Rosario (2022): Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. Obtenida de: <https://www.rosario.gob.ar/inicio/salud#pesta%C3%B1a-1>

52. Then Díaz, K. E. (2015). *Descentralización en América Latina y República*

Dominicana. Caso de estudio de gestión Municipal.

https://www.academia.edu/15036938/Descentralizaci%C3%B3n_en_Am%C3%A9rica_Latina_y_Rep%C3%BAblica_Dominicana. Consultado el 18 de marzo de 2022.