



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

G

La prevención de la transmisión

Etnografía de un centro obstétrico de un hospital de agudos del sur de la Ciudad de Buenos Aires

Autor:

García, Guadalupe

Tutor:

Margulies, Susana

2007

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas.

Grado



FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL
Repositorio Institucional de la Facultad
de Filosofía y Letras, UBA

TESIS DE LICENCIATURA

“La prevención de la transmisión vertical.
Etnografía de un centro obstétrico de un
hospital de agudos del sur de la Ciudad de
Buenos Aires”

GUADALUPE GARCÍA

Directora: Susana Margulies

Co-directora: Nélica Barber

Fecha de defensa: 28 de marzo de 2007

Resumen

Desde la aparición del protocolo ACTG 076 en febrero de 1994 y a partir de diversos estudios biomédicos de fines de la década del '90, el problema de la transmisión vertical o madre-hijo del VIH se modificó sustancialmente. Actualmente es posible reducir las probabilidades de transmisión a niveles mínimos si se implementan una serie de procedimientos médicos a lo largo del embarazo, el parto y en los primeros meses de vida del recién nacido.

En la ciudad de Buenos Aires la prevención de la transmisión vertical ha constituido -y constituye- uno de los puntos fundamentales en los planes estratégicos de intervención médica y política frente a la epidemia. Particularmente en noviembre de 2002 se lanzaron las 'Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH', estas pautas debieron ser implementadas en las maternidades públicas de la ciudad. Sin embargo, mientras el mayor énfasis ha sido puesto en la reducción de los índices de transmisión, poco se conoce sobre las condiciones y modalidades específicas en que estas recomendaciones son gestionadas, sobre las implicancias sociales, ideológicas y políticas que el uso de estas medidas tiene en los contextos asistenciales y sobre las trayectorias terapéuticas de las mujeres que se someten a ellas.

Esta tesis constituye un estudio etnográfico del proceso de atención médica en un centro obstétrico de un hospital de agudos del sur de la ciudad de Buenos Aires, atendiendo a los modos en que se administran y gestionan los programas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. A su vez, éste ha sido un eje alrededor del cual se amplió el campo de indagación posibilitando el análisis del sistema global de atención obstétrica, los modos de organización y división del trabajo en el hospital, las modalidades en que opera la racionalidad técnico-ideológica médica y la configuración específica, en este contexto particular, de roles profesionales.

La realización de una etnografía hospitalaria implicó una interacción continuada e intensa con el grupo estudiado y la presencia estable en la institución. Así, hemos realizado observaciones con participación en las distintas instancias de atención de las mujeres en el centro obstétrico, 20 entrevistas con profesionales y cinco entrevistas a cuatro mujeres que viven con el virus y tuvieron su parto en el centro obstétrico en estudio. A su vez, relevamos

datos epidemiológicos y fuentes del Ministerio de Salud de la Nación y de la Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires.

Abstract

The problem of HIV vertical transmission (mother-to-child transmission) has been substantially transformed since ACTG 076 protocol has appeared in february 1994 and since diverse biomedical investigations have developed in the late '90s. To the date, is possible to reduce at minimal the probabilities of newborn infection, if certain procedures are applied during the gestation and the labor, and in the newborn's first hours of life.

In Buenos Aires city, prevention of mother to child transmission is one basic aim in medical and political responses to HIV epidemic. In November 2002 'Recommendations for Prevention of HIV Mother to Child Transmission' were presented, this set of guidelines had to be applied in all Buenos Aires' public maternities. Nevertheless, while the bigger efforts are drawn to reduce transmission rates, there is little knowledge about the conditions in which this recommendations are administrated; the social, political and ideological implications of the use of this measures and the therapeutic trajectories of the pregnant women living with HIV.

This is an ethnographic study about the process concerning medical care in an obstetric centre in the south of Buenos Aires city, attending to HIV/AIDS prevention and treatment programs administration. In turn, this has been a guideline that has opened our inquiry field to the global obstetric care, the organization and division of hospital work, the ways in which the medial rationality operates and the professional role configuration in this particular setting.

The ethnographic research has supposed continue and intense interaction with the studied group and the stable presence in the institution. We have carried out participant observation, 20 interviews with professionals and five interviews with four women living with HIV whom have delivered in the centre in study. Epidemiologic data and other documents from National Ministry of Health and Buenos Aires' Health Office were collected and analyzed.

Índice

Agradecimientos	6
Introducción	8
Capítulo I: Algunos puntos de partida	13
- Marco conceptual	13
- Antecedentes y estado de la cuestión	16
Capítulo II: Aspectos metodológicos	20
- El trabajo de campo en la institución	21
- Los dilemas del “estar ahí”	26
Capítulo III: ‘Apuntando’ a la transmisión vertical	29
- La transmisión vertical del VIH	29
- Situación epidemiológica en el país y en la ciudad de Buenos Aires	30
- El protocolo ACTG 076 y las primeras respuestas institucionales	31
- (a) Nuevas recomendaciones nacionales del 2001 y la ley 25.543	32
- (b) La Coordinación SIDA, el plan estratégico y la prevención de la transmisión vertical	33
- (c) El grupo de trabajo en SIDA	37
Capítulo IV: El centro obstétrico, los profesionales, las mujeres	41
- El centro obstétrico y la maternidad	41
- Los circuitos institucionales y la división del trabajo entre los profesionales	43
- Las mujeres	46
- “Esa es nuestra población”	54
Capítulo V: ‘¿Qué derecho tiene ella para infectar a su hijo? El ofrecimiento del test para VIH y la implementación del consentimiento informado en la primera consulta obstétrica	56
- La consulta de orientación	61

- El “problemas” del consentimiento informado y el “derecho a infectar” 68

Capítulo VI: Los circuitos de devolución de resultados del test de anticuerpos para VIH 74

- Los resultados reactivos 78

- Los resultados no reactivos 85

Capítulo VII: La atención obstétrica de mujeres que viven con VIH: sobre responsabilidad y tutela, sobre las rutinas y sus equívocos 92

- El seguimiento del embarazo y el tratamiento antirretroviral 92

- “...la paciente viene, viene, consulta.... no se resiste, quiere el tratamiento y lo cumple...”. El cumplimiento y la responsabilidad de las mujeres 97

- La internación por causas sociales 98

- El parto de una “PIC” 101

- La rutina y sus equívocos 109

A modo de cierre 112

Anexo 118

Notas 121

Bibliografía 129

Fuentes 135

Agradecimientos

Difícilmente pueda expresar en este pequeño espacio mi agradecimiento para con mi directora Susana Margulies; no sólo por la confianza que depositó en mí para la realización de este proyecto y de otros tantos, por el compromiso que mantuvo en la dirección de esta investigación, por su inconmensurable generosidad, por la infinita agudeza con la que me orientó y guió durante estos años, por compartir sus brillantes reflexiones, por el tiempo que dedicó “enseñándome el oficio” sino porque día a día me transmitió pasión y compromiso por el ejercicio de la investigación antropológica y la docencia renovados en cada reunión y cada discusión.

A Nélica, porque sus enseñanzas en “el terreno” son invaluableles, porque me orientó a lo largo de mi investigación con una sabiduría y paciencia absoluta y también me enseñó un modo de trabajar y porque fue y es para mí una referente fundamental.

A Ariel, que me dio un espacio en la tarea docente, me dio confianza en mi trabajo y me mantuvo siempre alerta sobre los peligros de encerrarme en el mundo académico.

A Gisela porque ha sido una gran compañera en este camino, porque he aprendido mucho de ella, de su modo de trabajo, de su generosidad.

Mi participación en el equipo de investigación me ha marcado profundamente a nivel subjetivo y me ha enriquecido mucho más allá de la antropología.

Quiero agradecer también a mis compañeros de cursada y de ruta en la facultad, entre otros a Nati, a Santi, a Lorena, a Echu, a Vicky, y en especial a Lorenita y a Julia.

Me reservo un espacio especial para recordar a Guido, porque me apoyó en los comienzos de mi camino en la antropología y porque siempre voy a guardar su recuerdo en mi corazón.

Distintos docentes han realizado aportes a mi formación, Josefina Martínez, Alicia Martín, Mónica Tarducci, Fernando Fischman y en especial Mabel Grimberg porque su capacidad de síntesis ha sido siempre una fuente de inspiración.

A mis compañeros de Historia de la Teoría Antropológica, en especial a Alejandra Roca y Lily Raggio.

A Virginia Manzano, por el aliento que siempre me dio y porque su forma de trabajo es un horizonte para mí.

A Fernando Silva Nieto porque posibilitó que este trabajo pudiera circular más allá de los círculos académicos.

A mi gran amiga Cris, porque juntas empezamos el camino de la desnaturalización.

A Fati y Mary, porque me desarmaron la cabeza y le pusieron color a momentos grises.

A mis compañeros de la línea, a Pancho que me dio una mano en el momento que lo necesitaba, a Diego que con paciencia responde siempre mis insistentes preguntas. A Dolores porque apoyó la realización de este trabajo.

A mi tío, porque fue uno de mis primeros lectores y a Lauri.

A Tote porque fue mi compañero durante todos estos años.

A mis viejos porque siempre me apoyaron en todos mis emprendimientos y porque me enseñaron a mantener un compromiso ético, social y político.

A mi hermana, por su inagotable cariño y ternura, por su apoyo y por aprender conmigo a transitar esta vida.

A Silvina porque esta tesis también es producto del trabajo con ella.

Finalmente quiero agradecer a todos lo que participaron e hicieron posible esta investigación. A Sandra, Mariana y Mónica. En especial agradezco a las cuatro mujeres que compartieron con nosotras sus historias.

Introducción

Mi interés por los temas relacionados con Antropología y Salud comenzó muy temprano en el desarrollo de la carrera. Cuando en el año 2002 empecé a cursar el seminario “Problemas de la antropología médica” que estaba a cargo de Mabel Grimberg y Susana Margulies, no tenía conocimiento de las perspectivas desarrolladas en antropología sobre el tema, pero me apasionaba la idea de desnaturalizar y pensar críticamente en torno a ideas tan arraigadas y naturalizadas por mí en ese entonces. La cursada de este seminario fue de gran relevancia para mi formación ya que constituyó una primera aproximación a ciertas orientaciones teóricas que cambiaron mi manera de pensar la realidad; en particular la lectura de los textos de Eduardo Menéndez y de la Sociología crítica de la desviación resultó ser de un gran valor y despertó un fuerte interés por el análisis de los procesos de medicalización y en especial por las funciones de normatización, disciplinamiento y control del modelo médico hegemónico. Un interés similar despertaría algunos años después la lectura de Michel Foucault (en especial la undécima lección de *Genealogía del Racismo* y “La Gubernamentalidad”) y de un interesante artículo de *Social Science and Medicine*, “AIDS, risk and social governance”.

En el año 2003 empecé una breve investigación personal con un grupo de personas viviendo con VIH de la zona oeste del conurbano. Si bien, esta fue una experiencia exploratoria empezó a abrirme un nuevo panorama frente al trabajo en investigación y en particular frente al trabajo de campo. Esta breve incursión culminó con una ponencia, elaborada en colaboración con un compañero, sobre narrativas y experiencia de la enfermedad entre los miembros del grupo.

A inicios del 2004 me incorporé como auxiliar de investigación al proyecto UBACyT F-095 “Crecer, vivir y atenderse por VIH/SIDA. Un estudio antropológico de la experiencia de vida cotidiana y tratamiento médico en ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense” dirigido por Susana Margulies. En ese momento el equipo estaba retomando el trabajo de campo en un hospital del sur de la ciudad de Buenos Aires. Mi inserción en el equipo en un comienzo se efectuó en el marco general del UBACyT, pero hacia mediados de año y ante la presentación a la convocatoria de beca estímulo de la UBA, recortamos un proyecto individual que formaría parte también de mi tesis de licenciatura. La propuesta era analizar el

proceso de atención al VIH en el centro obstétrico del hospital donde realizábamos el trabajo de campo. En particular esta propuesta se vinculaba con la existencia de medidas para prevenir la transmisión madre-hijo y de una serie de recomendaciones impulsadas por un nuevo organismo de la ciudad de Buenos Aires: la Coordinación SIDA. Así, uno de los interrogantes que orientaba este proyecto en un comienzo era ¿de qué modo son implementadas las recomendaciones en los contextos asistenciales? Sin embargo a lo largo de la investigación debí tener un alerta permanente porque en ocasiones tuve una tendencia a pensar en términos de determinación: política (desde arriba y afuera) - implementación en los contextos asistenciales. Como veremos más adelante la perspectiva etnográfica adoptada fue fundamental en este proceso.

El proyecto de investigación que culminó en esta tesis, planteó como objetivo general:

- Describir y analizar los procesos de atención médica en el centro obstétrico de un hospital general de agudos del sur de la ciudad de Buenos Aires atendiendo a las modalidades específicas de administración y gestión de los programas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA.

A partir de la descripción y análisis de:

- Las normativas específicas referentes a la prevención de la transmisión vertical y la atención de mujeres que viven con VIH
- Las modalidades de intervención preventivas y diagnóstico-terapéuticas en la atención de las mujeres que viven con VIH/SIDA
- Las trayectorias terapéuticas de las mujeres que viven con VIH en el contexto institucional en estudio.

Este proyecto implicó para mí la síntesis de distintos temas de interés que habían surgido -y se habían sumado a los ya mencionados- en el curso de mi formación en la carrera: a partir de la lectura de una investigación del equipo UBACyT y la Defensoría del Pueblo del año 2003 y de una ponencia presentada por también por el equipo en el Congreso Argentino de Antropología Social en el 2004, me había interesado por el concepto (clave en el desarrollo de esta tesis) de “construcción de paciente-usuario” y por el análisis de las trayectorias de los sujetos en el marco de la institución hospitalaria.

Por otro lado este proyecto posibilitó integrar un segundo tema de interés, la problematización de las construcciones de género: en algunas materias introductorias de la carrera había realizado algunas lecturas sobre el tema, pero fue un Coloquio de Antropología

Social denominado “Género y Desigualdad Social” donde mi interés por el tema se afianzó. En particular me interesó la propuesta de analizar el proceso de atención al VIH en el centro obstétrico desde una perspectiva de género que abordara el concepto como una construcción social e histórica de carácter relacional que constituye una serie de asignaciones sociales desde las cuales se adjudican características, funciones, responsabilidades y derechos, es decir "modos de ser" y "actuar" diferenciales y complementarios para unos y otras” (Grimberg, 2000).

Tapa del diario Clarín (ver Anexo I), domingo 24 de diciembre de 2006, para mi sorpresa en el centro no hay figuras de blanquirrojas de hombres gordos de barba blanca ni alegorías navideñas, sino una beba que acaba de nacer en primer plano, en brazos de alguien, que podría ser un médico/a, una enfermera/o o una partera/o, o tal vez su padre. Más lejos, en segundo plano, una figura, un cuerpo desnudo cubierto por los atavíos esterilizados típicos de una sala de operaciones; sólo se ve el hombro y el brazo, como si su rostro fuese prohibido o careciera de protagonismo. Debajo, en pequeña tipografía, el título **“Natalia a pura vida”**, sigue el subtítulo: *“La beba está sana y es hija de María que tiene VIH...”*, parecería que en este fragmento se expresa las razones de la “pura vida” de Natalia (Ver Figura N°1).

Tapa de la revista Viva, del mismo día, el título es abrumante “Gracias a la vida”, nuevamente la imagen en una sala de partos de una beba que acaba de nacer. En el interior de la revista la introducción a la nota, titulada “La vida, ese milagro”, decía *“Son mujeres que conviven con el virus del SIDA y pensaron que nunca serían mamás. Pero gracias a los médicos de un hospital público, hoy pueden pasar la Nochebuena con el mejor regalo que les pudo dar la vida: un hijo que nació sano”*. En esto consistiría el “milagro”: una mujer “enferma”, una hija “sana”; todo ello mediado por los médicos de un hospital público. En el cuerpo de la nota se narran los pasos que los profesionales siguen para materializar “el milagro”: *“el líquido incoloro que le recorre las venas a María”*: el AZT; la cesárea realizada con técnica (electiva u hemostática) que reduce las probabilidades de transmisión al bebé durante el parto (una innovación al parecer “made in Centenario” –como dijo, con un dejo de envidia, uno de los médicos que entrevistamos, perteneciente a otra maternidad pública-), luego la suspensión de la lactancia y el jarabe de AZT al bebé.

Este milagro se presenta en un contexto donde la ciencia médica aún no ha encontrado respuestas definitivas. Si bien, desde 1996 con la introducción de los tratamientos antiretrovirales de alta eficacia el manejo médico de la enfermedad se ha modificado sustancialmente, reduciendo los índices de mortalidad y transformándola en un padecimiento crónico; no sólo no existe una “cura”, sino que aún se desconocen los efectos que estos medicamentos pueden tener a largo plazo, los efectos colaterales a veces superan los efectos positivos, se desarrollan de resistencias y se presentan “problemas que se derivan de la implementación de regímenes sumamente complejos y de largo plazo” (Margulies, 2005a). Sin embargo el caso que introduce la nota de la nochebuena es diferente y se presenta el milagro de la ciencia llevado a cabo por los médicos: María no puede “curarse” pero su hija puede nacer sana.

Nuestra pregunta entonces es ¿cómo problematizar un “no problema”?, si la medicina ha solucionado el problema de la trasmisión vertical del VIH, si los índices de trasmisión han descendido significativamente (lo desarrollaremos en el capítulo III), si la ciencia les ha regalado a las mujeres viviendo con VIH la posibilidad de ser madres de niños sanos, ¿dónde radica el problema de la trasmisión vertical del VIH?, ¿porqué plantear una etnografía del proceso de atención de mujeres viviendo con VIH en un centro obstétrico?.

Un primer punto que podemos plantear es que, como veremos en el capítulo IV, los primeros protocolos que reducían las probabilidades de trasmisión son del año 1994 y sin embargo, no fue sino hasta el año 2001 que los índices de casos de SIDA en niños (por año de infección) comenzó a descender de modo significativo. ¿Qué sucedió durante ese período de tiempo?, ¿por qué es hacia esa fecha y no antes que se reducen los casos notificados? Estos interrogantes estarían indicando que la instrumentación del “milagro” no es tan sencilla como lo indica la nota.

En segundo lugar puede plantearse que mientras se conocen los aspectos médicos de las medidas para prevenir la trasmisión vertical poco se conoce sobre las condiciones de su implementación, sobre las implicancias sociales, ideológicas y políticas que el uso de estas medidas tiene en los contextos asistenciales y sobre las trayectorias de las mujeres que se someten a estos procedimientos. El relevamiento bibliográfico que presentamos en el capítulo I pone de manifiesto esta carencia.

Hemos optado por una modalidad de exposición que sigue las fases de atención/gestión médicas y se corresponde con la construcción biomédica de la Historia Natural del embarazo y su institucionalización en los circuitos de atención establecidos. A su vez articularemos a este análisis, el de las trayectorias terapéuticas de las mujeres atendidas en el servicio en estudio.

En el capítulo I presentamos el marco conceptual desde el cual abordamos el problema de investigación y un estado de la cuestión de los temas relacionados. En el capítulo II desarrollamos nuestra aproximación metodológica y las características del trabajo de campo realizado en el centro obstétrico. En el capítulo III explicaremos en qué consiste la transmisión vertical y analizaremos su constitución como área de trabajo e intervención en el centro obstétrico durante el período 1999-2002. En el capítulo IV presentamos una descripción analítica de las características de la institución donde desarrollamos el trabajo de campo, las modalidades de organización del trabajo y la caracterización que los profesionales realizan de la población. En el capítulo V analizaremos el ofrecimiento del primer test de Elisa y la implementación del consentimiento informado en la primera consulta obstétrica. En el capítulo VI describiremos los circuitos de devolución de resultados positivos y negativos del test de anticuerpos para VIH, entendiendo que este análisis nos permitirá introducirnos en el modo en que se construye el objeto médico-obstétrico y a la división del trabajo al interior de la institución. En el capítulo VII analizamos las modalidades en que se implementan los procedimientos utilizados en la atención obstétrica de las mujeres viviendo con VIH y destinados a prevenir la transmisión vertical del virus.

Capítulo I

Algunos puntos de partida

Marco Conceptual

Partimos de la noción de *proceso de salud-enfermedad-atención* como un universal que “opera estructuralmente” en forma diferenciada en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran (Menéndez, 1994). Con este concepto nos referimos a los modos de atender, significar y dar sentido a los padecimientos, la enfermedad y la muerte que constituyen una estructura necesaria para la producción y reproducción social que es variable históricamente y emergente de las condiciones de vida de una sociedad (ibídem).

Simultáneamente, el proceso de salud-enfermedad-atención es también una trama de saberes, sentidos y prácticas, que incluyen a la biomedicina pero no se reducen a ella, que constituye una *construcción social* que se ha desarrollado en el marco de un proceso histórico en el que intervienen procesos económicos-sociales, políticos y culturales en el contexto de relaciones de hegemonía y subalternidad (Menéndez, 1994; Grimberg, 1997).

Con *proceso de atención médica* nos referimos a determinadas formas de institucionalización de la enfermedad y la muerte como parte de procesos más globales de control, normatización y disciplinamiento social. Asimismo, el concepto delimita un campo jurídico, político, social y profesional y en él la racionalidad médico-técnica aparece atravesada por procesos de formación técnico-profesional, por objetivos y dinámicas político-institucionales y por procesos ideológico-culturales que se inscriben en prácticas sociales y marcos normativos-valorativos más amplios (Menéndez y Di Pardo, 1996; Margulies y otros, 2003). En este sentido, entendemos que el saber médico expresa una racionalidad técnico-ideológica que sintetiza sus aspectos técnicos y aspectos sociales e ideológicos; de modo que las prácticas de atención médica constituyen tanto hechos técnicos como sociales. A partir del proceso de profesionalización que requiere la diferenciación del saber médico del de los conjuntos sociales, la racionalidad técnico-ideológica convierte en técnicos los aspectos sociales e ideológicos de su intervención (Menéndez y Di Pardo, 1996)

Para el desarrollo de esta tesis, ha sido fundamental la conceptualización propuesta por Frankenberg (1988) para los términos *sickness*, *illness* y *disease*. Mientras que el primero

refiere al modo en que la enfermedad es modelada por diversas redes de relaciones socio-políticas y el segundo remite a la experiencia de padecimiento de los enfermos, el término *disease* refiere a las perturbaciones de las funciones corporales entendidas en términos biológicos. La biomedicina, basándose en la ciencia como paradigma y la biología como nivel de análisis fundante y con el objetivo manifiesto de curar, rehabilitar, mantener y, en menor medida, prevenir (UBACyT F-093 2001-2002), ha delimitado su objeto de intervención en términos de desórdenes fisiológicos estructurales y funcionales; instituyendo, de este modo, a los sujetos como "pacientes" y a sus padecimientos y malestares en "casos" de enfermedad (o "no-enfermedad") (Frankenberg, 1994). Así, mientras que las personas experimentan la enfermedad en el contexto del "cuerpo vivido" y de diversas formas de relaciones sociales y estructuras de poder, la biomedicina construye su objeto de atención terapéutica en términos de un cuerpo medicalizado ahistórico, atemporal y desocializado (Good y Delvecchio Good, 2000)¹.

Siguiendo esta línea conceptual, se plantea que los sistemas de salud biomédicos requieren para su producción y reproducción de la construcción del paciente-usuario que se efectúa mediante la separación de sus condiciones y modos de vida y la naturalización de sus padecimientos (Margulies y otros, 2003). Así, "se presenta una lógica institucional centrada en los dispositivos, estructuras y normativas de los servicios de salud y frente a la cual los conjuntos sociales se configuran como sujetos que consumen, se adaptan o se desvían" (ibídem.:12). Sin embargo, la oferta institucional también emerge de la propia construcción de necesidades por parte de las personas y los grupos. Y son sus actividades –a través de sus trayectorias terapéuticas y sus "estrategias de supervivencia" dentro de las instituciones- las que relacionan a los diferentes servicios entre sí (Menéndez, 1990). Desde este abordaje, "la institución se nos presenta como proceso en el que el poder para definir la enfermedad e intervenir sobre ella se construye, se cuestiona, se mantiene y se transforma permanentemente" (Margulies y otros, 2003).

Es a través de la construcción del riesgo, "objeto-modelo de la epidemiología", que el saber médico ha procurado captar, más allá de los daños al nivel somático, las condiciones sociales de la enfermedad y dar cuenta de la relación entre lo individual y lo colectivo (Almeida-Filho, 2000:111). En particular en el caso de la epidemia del VIH/SIDA, la construcción del riesgo ha intervenido en la integración de procesos biológicos y sociales, "a

partir de la asociación enfermedad-relación social, mediada por la idea de ‘contagio’ y la asimilación de ‘causa’, relación social y ‘riesgo’” (Margulies, 1998).

Numerosos han sido los estudios sobre los procesos de estigmatización y discriminación que caracterizan la historia global del VIH y la epidemia del Sida (Castro y Farmer, 2003; Aggleton y Parker, 2003; Grimberg, 2003a; Frankenberg, 1994, entre otros). Un aspecto central de estos estudios lo constituye el análisis de la exclusión discursiva de los afectados como “otros” a través de los lenguajes del riesgo y el rol que jugó la movilización de esta diferencia como táctica del gobierno para fragmentar y oponer poblaciones “riesgosas” y poblaciones “normales” al nivel de las naciones y al nivel internacional (Brown, 2000).

A partir de mediados de los ‘90, el proceso de “normalización” del SIDA y las condiciones de vida con el virus y de atención médica asociadas a la terapias antirretrovirales se han correspondido con la construcción de representaciones y prácticas sanitarias centradas en el logro de la salud y la mejor calidad de vida de las personas viviendo con VIH y un énfasis creciente en el manejo de los riesgos a través del “cuidado de sí y de otros” y en la responsabilización de los afectados (Margulies, 2005a).

Así, y para distanciarnos de una aproximación instrumentalista de la política –que la considera como una herramienta verticalista de regulación de la población-, retomamos el concepto de *governance* (Shore y Wright, 1997) para referirnos al complejo proceso por el cual las políticas no sólo imponen condiciones sino que modelan las normas de conducta de las personas de modo que éstas “contribuyen, aunque no necesariamente de forma consciente, al modelo de gobierno del orden social” (ibídem.6). De este modo, *governance* remite a un tipo de poder que actúa “sobre y a través de la agencia y subjetividad de los individuos” (ibídem.:6) considerándolos como sujetos libres y racionales.

Entendemos que el concepto de género constituye “una construcción social e histórica de carácter relacional, configurada a partir de las significaciones y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres” (Szasz, 1997; citado en Grimberg, 2000), a partir de la cual se adjudican características, funciones, responsabilidades y derechos, es decir “‘modos de ser’ y ‘actuar’ diferenciales y complementarios para unos y otras produciendo y reproduciendo relaciones de desigualdad” (Grimberg, 2003b).

Con “maternalización” de las mujeres nos referimos al proceso que comenzó a percibirse con claridad en la Argentina en el período 1890-1940 y que progresivamente

empezó a igualar mujer y madre, maternidad y femineidad, proclamando la naturaleza del instinto maternal femenino (Nari, 2004). En este proceso destacaremos dos actores clave: la medicina y el Estado. La inscripción de la maternidad en la naturaleza femenina estuvo legitimada y justificada por la autoridad científica de la ciencia médica, cuyos profesionales “buscaron influir en la manera de vivir y pensar la maternidad por parte de las mujeres” (ibídem.:102). De esta manera, al tiempo que se proclamaba el carácter natural de la relación madre-hijo y del instinto maternal femenino, se presentaba –no sin contradicción- a las mujeres como ignorantes, incompetentes y negligentes, necesitadas del consejo y la guía del médico obstetra para reponer o descubrir su propia naturaleza maternal (ibídem). La medicina se constituyó como modelo hegemónico de atención del embarazo, parto y puerperio a partir de su legitimación por criterios científicos, pero también por el Estado (Menéndez, 1990) que cumplió un rol fundamental en los procesos de subalternización de las prácticas de sanadoras, comadronas y parteras, declaradas como ilegítimas al tiempo que se proclamaba al médico – obstetra, ginecólogo- poseedor del único saber legítimo en la materia (Nari, 2004).

Antecedentes y estado de la cuestión

a) Mujer y VIH/SIDA

En esta tesis retomamos los aportes de estudios socio-antropológicos (Campbell, 1990; Standing, 1992; Grimberg, 1995, 2000) que han puesto de relieve el modo en que la medicina delimitó el rol de la mujer en la epidemia del SIDA presentándola como fuente activa de contagio o víctima pasiva y como principal responsable del tratamiento de sí y de otros y de la prevención del embarazo. Se ha señalado que los estereotipos dominantes de género han contribuido a la postergación e invisibilización de las necesidades de las mujeres en el contexto de la epidemia. Asimismo se ha indicado (Treichler, 1988) que el discurso biomédico dominante ha considerado el estudio de las mujeres en la epidemia del SIDA con un doble propósito: para construir un indicador de la trasmisión del virus vía relaciones heterosexuales y para identificar a las mujeres “en riesgo” y prevenir la infección entre ellas a fines de evitar la posible trasmisión madre-hijo; así se sugiere que no ha habido un interés por las mujeres en tanto mujeres (ibídem). Asimismo, se ha señalado (Castro y Farmer, 2003) que, desde la perspectiva de los organismos internacionales, la implementación del testeo para VIH a toda mujer embarazada en los países del tercer mundo no sólo privilegia la prevención

de la transmisión vertical del virus por sobre el diagnóstico de la mujer sino que sitúa la responsabilidad de evitar la transmisión del virus en la madre.

La bibliografía destaca el papel central que las construcciones de género juegan en la experiencia de la enfermedad (Pierret, 2003) y en el desarrollo de “recursos y la construcción de estrategias para manejar los problemas del vivir con VIH” (Grimberg, 2002: 47), así como en las condiciones de vulnerabilidad diferencial en varones y mujeres (Grimberg, 2002; Castro y Farmer, 2003).

b) Prevención de la transmisión vertical

En el relevamiento en las principales publicaciones socio-antropológicas sobre salud sólo hemos encontrado dos estudios sobre la implementación de medidas de prevención de la transmisión vertical. Se trata de dos trabajos (Knauth y otros, 2003; Hopkins y otros, 2005), sobre la atención médico-obstétrica de mujeres que están infectadas con VIH en las ciudades de Sao Pablo y Porto Alegre. En ellos se ha analizado el modo en que la experiencia en la atención obstétrica y en especial las prescripciones médicas relativas a la prevención de la transmisión vertical, modelan los deseos y las decisiones de las mujeres embarazadas que viven con VIH a la hora de “elegir” la vía de parto y la posible esterilización posterior. Por el contrario no hemos relevado ningún estudio de estas características en el país.

Asimismo relevamos una significativa ausencia de estudios socio-antropológicos sobre VIH/SIDA, embarazo y maternidad. Por el contrario, hemos relevado en esa área estudios psicológicos sobre comportamientos asociados a la depresión posparto asociada al VIH (Bennetts y otros, 1999), sobre el impacto que el status VIH positivo de la madre tiene en el hijo/a no infectado (Hough y otros, 2003), sobre cómo el status serológico positivo afecta la resolución del curso del embarazo (Kline y otros, 1995), sobre los factores que intervienen en las elecciones reproductivas en mujeres VIH positivas (Pivnick, y otros 1991; Bedimo y otros, 1998), sobre las actitudes de las mujeres hacia el uso de AZT para la prevención de la transmisión vertical durante el embarazo (Siegel y Gorey, 1997). También hemos hallado un estudio cualitativo sobre madres seropositivas pero el análisis se vinculaba únicamente con la adherencia al tratamiento de los niños (Wrubel y otros, 2005).

c) Etnografías hospitalarias y en especial en servicios de obstetricia.

En el año 2004 se lanzó un número especial de la revista “*Social Science and Medicine*” sobre etnografías hospitalarias. En la introducción (van der Geest y Finkler, 2004) los autores destacaban la ausencia de reflexión en el campo de la antropología en torno al hospital como institución primordial de la medicina a través de las distintas culturas, señalando que esta carencia puede vincularse con la idea predominante de los hospitales como espacios aparentemente familiares y con la reticencia de las autoridades hospitalarias en permitir la participación de observadores. Proponen dos premisas para el desarrollo de etnografías hospitalarias, por un lado, interpretar la variabilidad de los contextos y culturas hospitalarias y por otra parte, considerar al hospital como un espacio donde los valores y creencias salen a luz y reflejan y refuerzan los procesos culturales y sociales dominantes de una sociedad dada.

Esta aproximación evita el problema de considerar al hospital como una ‘isla’ dentro de la sociedad y nos permite comprenderlo en relación con los procesos que allí se desarrollan. Sin embargo, en algunos de los análisis etnográficos presentados en el número se evidencia un uso reificado del concepto de cultura y, en ocasiones, se considera a los hospitales como una especie de reflejos del mundo exterior, representado por “la sociedad” o “la cultura”. Por otra parte, aunque reconoce incidencia crucial de procesos sociales y culturales, se omite por completo la referencia a procesos políticos y económicos.

En esta edición especial se publicó una etnografía en un servicio de obstetricia en la ciudad de Roma (Tanassi, 2004). En este trabajo la autora aborda desde una perspectiva etnográfica las actitudes y estrategias que las mujeres despliegan en la atención obstetrica. Su punto de partida es la extendida aceptación (*compliance*) de las mujeres a las prácticas obstétricas biomédicas consideradas de rutina (enemas, depilación de la zona perianal, episiotomía, etcétera), a partir de ello plantea una discusión sobre la agencia o pasividad de las mujeres en los servicios de obstetricia. En este marco propone que aunque hay una objetivación médico-obstétrica del cuerpo de la mujer, éstas encuentran un margen para desplegar sus propias estrategias, como la elección de un médico obstetra.

Hemos relevado también un estudio etnográfico en una maternidad de un hospital de Egipto (el Nemer y otros, 2006) en donde se presenta lo que los autores denominan

“epistemología biomédica del embarazo” donde se construye al nacimiento como un proceso mecánico, mensurable y predecible en el cual la mujer está ausente. Frente a esta perspectiva se presenta la “epistemología de las mujeres frente al nacimiento” donde se destaca la importancia del apoyo familiar y de los saberes heredados de sus madres y otras mujeres, saberes que, como señalan los autores, colisionan con el saber biomédico. A partir de este análisis proponen un nuevo modelo de abordaje del nacimiento que integre ambos saberes. Consideramos que este trabajo presenta una visión simplificada de las concepciones de las mujeres y del saber médico oponiéndolos como dos cuerpos escindidos y en confrontación, sin poder dar cuenta de las articulaciones y resignificaciones en el marco de la hegemonía del saber médico.

Asimismo hemos relevado una serie de estudios etnográficos en maternidades públicas y privadas en Brasil, en particular en la ciudad de Pelotas (Béhague, 2002) y en San Salvador de Bahía (Mc Callum, 2005). Estos artículos parten del alto índice de cesáreas en Brasil (por ejemplo en las clínicas privadas de San Salvador entre un 70 y un 90% de los nacimientos son por esta vía, mientras que el índice global de esa ciudad es de un 40%) y las discusiones que plantean giran en torno de la relación entre el uso de esta tecnología y la reproducción de y resistencia a la desigualdad social.

Capítulo II

Aspectos metodológicos

Esta tesis es un estudio etnográfico del proceso de atención al VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires. Esto implicó una interacción continuada e intensa con el grupo estudiado y la presencia estable en la institución para poner en evidencia la estructura y las rutinas institucionales y los procedimientos habituales de intervención; así también para dar cuenta de las interacciones entre usuarios e institución asistencial, contrastar las prácticas y los discursos que se dan en ella, seguir las formas de aplicación de las normas y programas, relevar la distribución de roles, funciones y jerarquías profesionales y las interacciones y relaciones entre los profesionales, técnicos, pacientes y familiares entre sí y respecto de la institución.

Nuestro punto de partida es un supuesto básico de la perspectiva antropológica: la recuperación de saberes y prácticas, demandas y estrategias desarrolladas por los sujetos. Para dar cuenta de la complejidad del proceso de atención médica del VIH en la institución en estudio, desplegamos un enfoque *holístico y relacional*; esto es, un enfoque que posibilite abordar contextualmente los distintos niveles de la realidad y que a su vez los articule dialécticamente (Romaní, 1997). Entendemos que la etnografía como forma de acercamiento a la realidad posibilita el conocimiento tanto de la realidad local y sus matices como el de las implicancias que los procesos globales tienen en ellos. La etnografía permite así captar las “complejidades de la vida social” (ibídem.)

Entendemos que la práctica etnográfica excede el trabajo de campo, para abarcar también todo el proceso descriptivo y analítico de construcción de conocimiento a partir de ese trabajo. Es entonces a partir de “documentar lo no documentado” (Rockwell, 1987) que pueden construirse descripciones cada vez más analíticas y conceptualizadas y es también en este proceso donde, partiendo del análisis de lo que Paul Farmer (2004) llama “lo etnográficamente visible”, se nos presenta el desafío de construir teórica y conceptualmente una serie de relaciones que trascienden el campo de visión del observador participante.

La mirada “desde dentro” de la institución y la construcción de datos etnográficos a partir de ello posibilitó una aproximación singular al problema de la prevención de la transmisión vertical del VIH, en especial a lo referido a la gestión de recomendaciones y

programas de prevención. El análisis de los registros de observación confeccionados a partir de nuestra permanencia y circulación en los distintos espacios de la institución -sala de espera, consultas, pasillos, etcétera- articulado con el de las entrevistas semiestructuradas y en profundidad posibilitó una comprensión enriquecida de los procedimientos habituales, las rutinas institucionales, los entramados de otras normas o leyes y la lógica global del sistema de atención en el cual se gestionan cotidianamente las distintas políticas. En este sentido, la presentación y discusión de algunos de nuestros resultados en el marco de la Coordinación SIDA resultó ser una herramienta útil de debate y reflexión entre quienes se encuentran involucrados, trabajan y reflexionan en torno del problema de la trasmisión vertical desde el nivel de la Secretaría de Salud del gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

La aproximación etnográfica a su vez permitió cuestionar ciertos presupuestos que en un comienzo de la investigación marcaban mi mirada sobre el objeto de estudio, en particular aquellos referidos a una relación de determinación exterior y vertical políticas-atención/institución. El análisis etnográfico permitió reformular este supuesto y reorientarme hacia una mirada más compleja que considerara los modos en que las políticas en salud son construidas en el nivel de los ministerios, secretarías, etcétera, pero también en la cotidianeidad de los contextos asistenciales.

El trabajo de campo en la institución

El **universo de análisis** son los servicios de atención ambulatoria y de internación obstétrica de un hospital público de zona sur de la ciudad de Buenos Aires.

La **unidad de análisis** es el proceso de gestión/atención médica. Las unidades de estudio, los profesionales, técnicos, las pacientes y sus familiares/acompañantes.

La etnografía en el centro obstétrico es parte de un estudio etnográfico más amplio desarrollado por el equipo de investigación en el marco del proyecto UBACyT F-095 “Crecer, vivir y atenderse por VIH/SIDA. Un estudio antropológico de las experiencias de tratamiento médico y vida cotidiana en ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense”. El trabajo de campo del equipo UBACyT en el hospital comenzó hacia fines del año 2002, en esta etapa, aunque personalmente no estaba involucrada, se realizaron entrevistas con el personal de salud involucrado en la atención del VIH/SIDA en el hospital general. Entre ellas:

- el grupo de infectólogos y
- a una asistente social que trabajaba en ese entonces con ese grupo de trabajo

En lo que respecta a la división de obstetricia se entrevistó:

- al médico obstetra encargado en ese momento del consultorio de “alto riesgo” (donde se atienden las mujeres VIH positivas),
- al jefe de una de las unidades de internación,
- a la jefa de residentes conjuntamente con tres residentes de medicina y
- a un grupo de cuatro enfermeras del servicio.

Cabe señalar que para el desarrollo de esta investigación etnográfica, tanto en el hospital general como en la división de obstetricia, se contó con el permiso institucional correspondiente, lo que incluye la aprobación formal del proyecto en los comités de bioética y de docencia e investigación.

El trabajo de campo en la división de obstetricia específicamente comenzó en octubre de 2004 y se extendió hasta abril del 2006. A lo largo de este período realizamos distintas actividades combinando la utilización de técnicas etnográficas diversas. Entendemos que esta aproximación ha sido de suma importancia ya que nos permitió articular diversos materiales, enriqueciendo nuestra aproximación al proceso de atención.

La **observación con participación** en diferentes instancias de atención e interacción permitió captar el funcionamiento del servicio hospitalario, sus rutinas y dispositivos habituales, así como también los arreglos informales en el ordenamiento formal de la institución. En especial nuestra permanencia y circulación por los distintos espacios del centro obstétrico y del hospital ha permitido poner en relación los discursos enunciados por los profesionales en las entrevistas con el ejercicio de sus prácticas, así como también ha posibilitado dar cuenta de las rutinas y procedimientos habituales y de sus matices y fisuras. En cuanto a la elección de las instancias a observar se priorizó, en función de los indicadores de análisis, el seguimiento del circuito institucional establecido para cualquier mujer que demanda atención en el centro obstétrico. Así, realizamos observaciones en:

- la sala de espera del centro obstétrico, a fines de captar el funcionamiento del sistema de turnos para la primera instancia de atención, los ritmos institucionales, la disposición y uso del espacio, los sistemas de información y las interacciones entre pacientes, familiares y personal administrativo. Además la permanencia continua en este ámbito nos permitió la interacción con las mujeres que solicitaron atención, pudiendo así relevar mediante conversaciones informales sus preocupaciones, dudas y demandas con respecto al sistema de atención.

- las charlas sobre fomento de la lactancia materna y prevención del VIH que tres asistentes sociales ofrecen en la sala de espera mientras las mujeres aguardan ser llamadas; con ello buscamos aproximarnos a las modalidades en que se desarrollan las actividades de prevención en la institución y las modalidades de interacción entre pacientes, familiares y trabajadoras sociales, así como también los roles y funciones que estas últimas desempeñan en la división de obstetricia.
- la primera consulta obstétrica (denominada institucionalmente como ‘consulta de orientación’). La observación en esta instancia de atención nos permitió realizar una caracterización general de las mujeres que acuden al servicio, sus trayectorias previas de atención y las demandas que puntualmente plantearon. Asimismo, pudo relevarse la implementación de procedimientos diagnósticos, las recomendaciones e indicaciones terapéuticas, el desempeño de roles y funciones específicas de las profesionales (obstétricas), las modalidades de derivación a los distintos consultorios de médicos obstetras y principalmente la interacción entre profesionales y pacientes en el marco de la consulta. En particular -y considerando que es en esta consulta donde se pide el primer test de anticuerpos para VIH-, pudimos relevar los modos en que se ofrece el test como parte de los controles prenatales y la implementación del consentimiento informado, requerida por las normativas vigentes
- en las consultas obstétricas por guardia para relevar las diversas actividades de atención médicas; las recomendaciones e indicaciones diagnósticas y terapéuticas, las modalidades de división del trabajo entre los distintos profesionales y las jerarquías entre ellos; los criterios de internación; los ritmos y tiempos de atención; los procedimientos habituales previos a la internación y el parto y también las variaciones en su desarrollo; las modalidades aplicadas para preservar la privacidad de las mujeres; el uso del espacio; la interacción entre los profesionales y las mujeres, entre los profesionales y entre las mujeres y las modalidades de la demanda de atención médica de los pacientes
- en los pasillos de los consultorios del servicio de obstetricia, para relevar el uso del tiempo y el espacio y las variadas formas de interacción entre profesionales y mujeres.
- en los pabellones de internación, para dar cuenta de los ritmos cotidianos, las modalidades de interacción de las mujeres con el personal de salud y entre ellas, los usos del espacio

- la sala de ecografías y de monitoreo, para relevar los tiempos de espera, los criterios para la realización de estudios, las modalidades de interacción entre profesionales y las mujeres.
- en la sala donde están las salas de parto y trabajo de parto, si bien tuvimos la oportunidad, no presenciamos ningún parto ya que no lo consideramos pertinente ni analítica ni éticamente. Sí, realizamos observaciones en la sala general donde se ubican las salas de parto a fin de captar la espera previa a dar a luz, la espera de giro de camas luego del parto, las modalidades de interacción entre el personal de salud y las mujeres durante el trabajo de parto.
- en el “office” donde los médicos pasan sin actividad en la guardia, a fin de relevar la distribución del trabajo y las variedades entre las distintas guardias diarias, los arreglos informales con las unidades de internación referidos al giro de camas, los ritmos de trabajo, las construcciones valorativas sobre la población expresadas en conversaciones coloquiales
- en el hospital de día pediátrico donde las mujeres infectadas con el VIH llevan a sus hijos para el seguimiento correspondiente luego del parto y hasta el año y medio. Si bien las observaciones se realizaron a fines de contactar a mujeres que vivan con VIH y que se hayan atendido en el centro obstétrico, en esta instancia se pudieron relevar los tiempos de atención, el funcionamiento del sistema de turnos, la disposición y uso del espacio y las interacciones entre las pacientes y familiares.

La realización de **entrevistas semiestructuradas** a profesionales permitió captar los distintos sentidos y significaciones otorgados por diferentes actores involucrados en la atención del VIH/SIDA y la prevención de la transmisión vertical en particular, así como también de otras cuestiones vinculadas a la atención obstétrica en general. De este modo, además de las entrevistas citadas anteriormente correspondientes a la primera etapa del trabajo de campo en el hospital, realizamos entrevistas a los siguientes profesionales² (por orden de realización):

- la trabajadora social encargada del consultorio de entrega de resultados negativos (la entrevistamos en dos oportunidades, la segunda fue al finalizar la etapa de trabajo de campo)
- la trabajadora social que desempeña sus funciones en la división de obstetricia
- la trabajadora social que integra el consultorio de infectología pediátrica
- el médico encargado del consultorio de alto riesgo (segunda entrevista)

- el grupo de infectólogos con trabajo en SIDA (segunda entrevista)
- la infectóloga pediátrica
- la jefa de laboratorio
- dos trabajadoras sociales que dan una charla sobre prevención del VIH/SIDA en la sala de espera del centro obstétrico
- dos residentes de medicina encargados del consultorio de procreación responsable
- un funcionario de la Coordinación SIDA de la Secretaría de Salud de la ciudad de Buenos Aires
- el jefe del departamento materno infantil
- la coordinadora de obstétricas
- una obstétrica residente de tercer año

Realizamos además cinco **entrevistas en profundidad** a cuatro mujeres viviendo con VIH y que tuvieron su parto en el centro obstétrico. Utilizamos una guía de pautas abierta e intentamos reducir al mínimo la participación del entrevistador, permitiendo así a las entrevistadas asociar temas y problemas y dar coherencia libremente a sus relatos. Aunque en este trabajo no analizamos la experiencia de las mujeres, los relatos sobre sus recorridos y experiencias de atención han permitido abordar el proceso de atención médica al VIH incorporando su perspectiva. Asimismo han posibilitado enriquecer el material obtenido en las observaciones y contrastar los discursos de los profesionales y sus trayectorias terapéuticas (Ver Anexo para una descripción de las trayectorias de estas mujeres).

Todas las entrevistas –a profesionales y a las mujeres- fueron grabadas, a excepción de la realizada a las dos trabajadoras sociales que ofrecen la charla sobre prevención del VIH en la sala de espera por pedido expreso de ellas. El material resultante fue desgrabado según convenciones de transcripción uniformes, supervisado y editado como texto. Codificamos las entrevistas de profesionales señalizando su ocupación y función –esto último cuando lo consideramos necesario- y el número de entrevista por orden de realización (Nº del 1 al 20); las entrevistas de mujeres son codificadas con la inicial del nombre de pila, la edad y el número de realización de la entrevista (del I al V). Los registros de campo señalizados con el día, mes y año de su realización.

Asimismo relevamos datos secundarios provenientes del Ministerio de Salud de la Nación y la Secretaría de Salud del gobierno de la ciudad de Buenos Aires.

Los dilemas del “estar ahí”

Antes de finalizar este apartado no quiero dejar de mencionar algunas de las dificultades que atravesamos en el curso del trabajo de campo.

- Una primer dificultad que se nos presentó en el curso del trabajo de campo fue la de contactar a mujeres que convivieran con el virus y se hubieran atendido en el centro obstétrico en estudio. En un primer momento intentamos realizar el contacto a través de una trabajadora social que es parte del consultorio interdisciplinario de infectología pediátrica y que desempeña sus tareas en el hospital de día, donde se efectúa el seguimiento de los recién nacidos. Al cabo de un mes logramos contactar tres mujeres, todas se negaron a realizar las entrevistas en ese momento por razones diversas: porque debían realizar distintos trámites, porque estaban cansadas por las largas esperas, porque estaban con sus hijos; perdiendo luego los contactos establecidos. Notamos que ese momento era dedicado por las mujeres para ocuparse de la atención de sus hijos. Finalmente decidimos realizar los contactos a través del consultorio de infectología para adultos cuando concurrían al hospital para atenderse ellas mismas³, a través de este medio contactamos tres de las cuatro mujeres entrevistadas, la cuarta nos fue presentada por una trabajadora social. Las dificultades para contactar mujeres pueden referir al temor de los profesionales a violar la confidencialidad de los pacientes establecida por la ley de SIDA (veremos esto nuevamente en el capítulo VII), pero también me confrontó individualmente a una tensión entre la búsqueda de contacto y el derecho de la intimidad de las mujeres, ya que en ocasiones mi insistencia podía generar una visibilización particular de la mujer. Aunque no tuvimos ningún inconveniente con respecto a este tema, sí fue una preocupación y las estrategias implementadas para establecer los contactos fueron permanentemente reevaluadas.

- A lo largo de todo el trabajo de campo y en especial de las observaciones en las consultas de guardia y admisión, se me plantearon frecuentes dilemas éticos sobre las condiciones bajo las cuales accedí a observar estas instancias. Como ya señalamos, contábamos con la autorización de la dirección del hospital y del departamento de docencia e investigación. Antes de realizar las observaciones en las consultas solicitamos el permiso de las autoridades del servicio que no interpusieron ningún obstáculo e incluso nos introdujeron con los profesionales a cargo cada día. Las primeras consultas que observé fueron las de “orientación”, en el curso del primer día, fue evidente que las condiciones en las que eran atendidas las mujeres violaban claramente su derecho a la privacidad en el marco de una consulta obstétrica donde la mujer

expone su cuerpo y su historia (en el interrogatorio). Así, en un consultorio de aproximadamente 2 x 2,5 metros estábamos dos estudiantes de medicina de una universidad privada que tiene convenio con el hospital, una estudiante de la carrera de obstetricia de la UBA, la obstétrica y yo; a esto se sumaban las frecuentes interrupciones de médicos que pasaban, hacían bromas, traían café, hacían consultas, gritaban y una puerta que raramente se cerraba. Mi presencia allí no era percibida como problemática por los profesionales, pero el modo por el cual habíamos accedido reproducía las modalidades de atención que vulneraban los derechos de las mujeres. Una estrategia que implementé en este caso fue la de concurrir a la sala de espera antes de que comenzara a atender el consultorio y mientras se entregaban los números y contactar a las mujeres antes de ingresar a la consulta, presentándome, contándole los objetivos de la investigación y solicitándole permiso para presenciar la consulta. Nunca obtuve una negativa y cabe preguntarse hasta qué punto las mujeres ante esta situación podían negarse; sin embargo el uso de esta estrategia me permitió en muchos casos acercarme a las mujeres desde otro lugar.

- La dificultad más acuciante que atravesé en el trabajo de campo fue la de mi posicionamiento frente al maltrato a las mujeres. Desde el primer día que observé una consulta la violencia ejercida a las mujeres se presentó como una constante en las interacciones de éstas con el personal de salud y se manifestó de diversas maneras, desde las más sutiles hasta las más abiertas e impunes. ¿Cómo posicionarnos frente a este maltrato sistemático?, ¿qué hacer, por ejemplo, ante el abandono en una camilla de una mujer con un aborto en curso y una fuerte hemorragia mientras la obstétrica conversa sobre los beneficios de un yogur laxante con otra mujer y los médicos miran televisión en el office? No hemos encontrado una solución a este problema, en el momento recién mencionado, sólo atiné a reclamar la presencia de una obstétrica –que poco caso me hizo- y a tomar de la mano a la mujer. Frente a este dilema sólo puedo proponer como premisa metodológica e ideológica abordar una etnografía hospitalaria desde “el punto de vista del paciente”. En un curso que tomé hace casi dos años, planteé estos problemas surgidos en el trabajo de campo, la sugerencia del profesor fue ‘tratá de explicar la violencia, cómo se legitima, cómo se justifica’; aunque en esta tesis no se encontrará una respuesta definitiva a las razones de la violencia en la atención pública, éste ha sido el horizonte frente al cual trabajamos.

Finalmente debo señalar que no he relatado estas dificultades por un mero ejercicio reflexivo, sino que las expongo aquí porque mi experiencia subjetiva en el trabajo de campo,

el involucramiento emocional que implicó, la tristeza, la indignación (y también el alivio frente a ciertas escenas de “piedad”), han marcado profundamente mi perspectiva y aproximación frente al problema de investigación y al trabajo que aquí presentamos. Al mismo tiempo este último apartado hace presente la carencia y también la necesidad de un análisis crítico sobre las implicancias éticas del trabajo de campo.

Capítulo III

“Apuntando” a la transmisión vertical

La transmisión vertical del VIH

Para que una persona se infecte con el VIH, el virus debe traspasar las membranas mucosas (oral, nasal, genital, anal o conjuntiva) y/o algún punto de entrada en la piel (una herida abierta, una lesión o pérdida de integridad de la piel –úlceras o excoりaciones) e ingresar en cantidades suficientes al torrente sanguíneo (Barnett y Whiteside, 2002). Los principales modos de transmisión son a través de relaciones sexuales sin preservativo con personas infectadas, del contacto con elementos punzantes contaminados, de transfusiones sanguíneas con sangre infectada o de la madre VIH positiva al hijo. Ésta última también se denomina transmisión vertical y se produce durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia. Se estima que de las infecciones ocurridas por esta vía, el 60% se produce durante el nacimiento, un 20% durante la etapa prenatal y un 20% a través de la leche materna. No obstante, distintos factores están implicados en la transmisión vertical:

- Se considera que el factor de mayor relevancia para estimar las probabilidades de transmisión es la carga viral⁴ de la mujer.
- El estado clínico e inmunológico de la mujer.
- El estado nutricional, la presencia simultánea de enfermedades de transmisión sexual y el estado del sistema inmunológico⁵ han sido identificados como factores que producen mayor susceptibilidad de transmisión viral madre-hijo.
- Durante el embarazo, la utilización de procedimientos invasivos (como por ejemplo la amniocentesis) y también la realización de tactos vaginales repetidos, la ruptura prematura de membranas, el uso de fórceps y la realización de episiotomías durante el parto son identificados como los “factores obstétricos” que intervienen en las probabilidades de transmisión.

Situación epidemiológica en el país y en la ciudad de Buenos Aires

Desde los comienzos de la epidemia del VIH/SIDA en la Argentina se han notificado 30498 casos de SIDA, de los cuales 7511 corresponden a mujeres y 2162 a niños menores de 14 años al momento de ser notificados. El primer caso de SIDA en una mujer se diagnosticó en 1987. A partir de entonces, la relación hombre-mujer, que comenzó siendo de 92/1, ha tendido claramente a descender hasta el valor actual de 2,29/1. Según los estudios epidemiológicos, la epidemia afectó en sus inicios a varones de entre 30 y 39 años y a partir de mediados de los 90 comenzó a informarse un notorio incremento de la enfermedad entre mujeres, principalmente en edad reproductiva (de 20 a 34 años). Informes oficiales vinculan esta tendencia con la mayor importancia que adquirió la trasmisión del virus por relaciones sexuales heterosexuales no protegidas. Así, mientras que esta vía de trasmisión es la segunda entre el total de casos acumulados entre 1982 y 2004, con un 31,5%, detrás de la vía informada como “uso de drogas endovenosas”, en el año 2004 representó el 50,7% de los casos. El incremento de la epidemia entre las mujeres ha conllevado una mayor preocupación de los organismos oficiales por el problema de la trasmisión vertical o trasmisión madre-hijo del VIH.

En el país el primer niño con SIDA fue diagnosticado en 1986. Desde entonces el 94,8% de los 2961 casos de VIH/SIDA notificados en niños menores de 13 años en el país se produjeron vía trasmisión vertical (Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina, 2005).

En la ciudad de Buenos Aires los informes oficiales señalan un proceso de “feminización” de la epidemia, a partir de la evaluación de dos indicadores: la relación hombre / mujer y las nuevas infecciones. Para el período 2003-2005 se notificaron 2720 casos de VIH, de los cuales 1126 eran de residentes en la ciudad, de éstos últimos 374 fueron mujeres; siendo la relación hombre/mujer de 2,2/1. En cuanto a la vía de trasmisión, la principal fue a través de relaciones heterosexuales no protegidas, con un 55,9% de los casos. Durante el período señalado, se notificaron en la ciudad 813 partos de mujeres infectadas, de ellas el 37,5% fueron notificadas durante el embarazo o puerperio; el 28,4% en los controles prenatales, el 5,3% durante el trabajo de parto y el 3,8% luego de dar a luz. En cuanto a la trasmisión vertical, representa el 97% de los 1032 casos de SIDA notificados en niños menores de 13 años (Infosida N° 5).

El protocolo ACTG 076 y las primeras respuestas institucionales.

En febrero de 1994 se presentó en EEUU y Francia el protocolo ACTG 076, que consistía en la administración de AZT a la mujer embarazada a partir de la semana 14 de gestación y por vía inyectable durante el parto y al recién nacido a partir de las ocho horas de vida y hasta los seis meses⁶. La implementación de este procedimiento permitía reducir a un 8% las probabilidades de transmisión que, no mediando ningún tipo de intervención, se elevaba a 25 a 40%, dependiendo del lugar en donde se efectuara la estimación⁷.

En 1997 se presentó una normativa nacional: “Primera Norma Nacional de Sida en Perinatología”. La norma contó con el apoyo de la resolución número 105/97 del entonces Ministerio de Salud y Acción Social y pautaba una serie de recomendaciones para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento clínico y obstétrico de la mujer embarazada infectada con el virus a fines de prevenir la transmisión vertical. En particular, introdujo el ofrecimiento del test para VIH a toda mujer embarazada como parte de los controles prenatales de rutina bajo las condiciones estipuladas por la ley de SIDA 23.798⁸. En lo que respecta al tratamiento de las mujeres infectadas se establecía la implementación del protocolo ACTG 076, la elección de la vía de parto según las condiciones obstétricas y la suspensión de lactancia materna⁹.

La ley nacional de SIDA establece que corresponde al Ministerio de Salud y Acción Social, el diagnóstico y tratamiento, como también la información y prevención sobre VIH/SIDA. En 1994 se estableció por medio de la resolución 169/94 del Ministerio de Salud y Acción Social un “vademécum básico para la atención de pacientes HIV”, donde se establecía la provisión por parte del Ministerio de Salud de la medicación para el VIH/SIDA de forma gratuita¹⁰. Sin embargo, la disponibilidad de estos recursos (medicación, reactivos, aparatología) no ha sido estable, diversos problemas político-institucionales han dificultado el acceso oportuno por parte de los afectados, en un contexto global de crecientes dificultades relativas al acceso a los servicios de salud por parte de la población, de sobrecarga de los sistemas prestacionales vigentes y de problemas relativos a la calidad y eficacia de la atención (Margulies y otros, 2003).

A pesar de que desde mediados de los '90 existen una serie de recursos, tecnológicos y legales que posibilitaban la implementación de medidas para reducir las probabilidades de transmisión madre-hijo del virus, en el hospital en donde realizamos la etnografía la prevención de la transmisión vertical se conformó paulatinamente como un área de intervención sólo durante el período 1999-2002. Así, las preguntas disparadoras de este capítulo serán ¿por qué si existían una serie de recomendaciones o si estaban disponibles tratamientos su implementación no fue aplicada en el servicio?, ¿por qué es en este período que se instala la prevención de la transmisión vertical como un área de trabajo el hospital?

(a) Nuevas recomendaciones nacionales 2001 y la ley nacional 25.543

El Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus Humano-SIDA fue creado en 1992 según lo establecido por la mencionada ley nacional de SIDA. Las funciones de este organismo en un comienzo fueron fundamentalmente la compra de medicación, la compra y distribución de reactivos para efectores de salud y bancos de sangre y la difusión de información y realización de campañas públicas. No obstante, la política del Programa Nacional se orientó básicamente hacia acciones de tratamiento sin realizar acciones preventivas y omitiendo plantear cuestiones relativas a la sexualidad y temas asociados y alineándose con la postura de la Iglesia Católica (Bianco, 2003). Todo ello en el marco de la gestión del ministro de salud Alberto Mazza quien asumiera a mediados de 1993 y permaneciera al frente del Ministerio de Salud y Acción Social hasta la finalización del segundo mandato del entonces presidente Carlos Menem.

En 1996 el Banco Mundial comenzó a negociar con el gobierno la gestión de un préstamo para la creación de un proyecto que incorporara acciones preventivas frente a la epidemia ante el incremento del número de casos registrados en nuestro país. A fines de 1997 se lanzó el proyecto LUSIDA con financiación de la entidad internacional y del gobierno nacional. Mabel Bianco (2003) ha indicado que las gestiones fueron demoradas por la “la oposición del gobierno a incluir la promoción del uso del preservativo” y señala a las ONG’s como los actores de presión claves para lograr el acuerdo. Sin embargo, el funcionario que entrevistamos –que estuvo implicado en el proyecto LUSIDA desde el comienzo- señala que el factor decisivo fue la presión del Banco Mundial. Así, durante este período coexistieron dos

programas destinados a trabajar en la epidemia y fue recién en el año 2000 que se creó la Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS a fin de articular las tareas de ambos programas.

En este marco se lanzó la mencionada Primera Norma Nacional de Sida en Perinatología de 1997. La implementación de esta norma no fue generalizada y aunque la curva de casos por SIDA notificados en menores de 13 años comenzó a descender su impacto no fue significativo. Así mientras en 1995 se diagnosticaron 177 casos y en 1996, 229; en 1997 se notificaron 220, en 1998, 191; en 1999, 151 y en el 2000, 163 (Boletín sobre VIH/SIDA en Argentina, 2005). Uno de los funcionarios implicados en la formulación y divulgación de esa norma señaló que los obstáculos para su instrumentación en el nivel institucional se vincularon con la dificultad y rigidez de los servicios de salud para implementar los cambios que requería, pero que, fundamentalmente, durante la gestión del ministro Mazza no existía “disposición política” para fomentar ni el trabajo en prevención de la transmisión vertical, ni el del VIH/SIDA en general.

En 1999 con el gobierno de la Alianza, se inauguró una nueva gestión en el Ministerio de Salud a cargo de Héctor Lombardo, quedando a cargo del proyecto LUSIDA Mabel Bianco. Este cambio político implicó una nueva perspectiva frente a la elaboración de respuestas institucionales frente a la epidemia. Así lo señala el funcionario entrevistado

“... cambió el gobierno y vino de la Rúa y frente al programa de LUSIDA estuvo Mabel Bianco que le dio bastante impulso sobre todo a los temas de transmisión vertical, hubo nuevas reuniones, se apoyaron varios programas provinciales, se mandó más material y se hizo una campaña de divulgación masiva, tanto para la gente como para los médicos y ahí se hicieron unas nuevas recomendaciones...” (Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)

En este contexto, en el año 2001 la norma nacional fue reeditada, incorporando las nuevas combinaciones de drogas antirretrovirales para administrar durante el embarazo y pautando la programación de una cesárea para mujeres con una carga viral mayor de 1000 copias. Frente a estas posibilidades técnicas de intervención y reducción de las probabilidades de transmisión a niveles mínimos, en las recomendaciones se planteaba como medida central el ofrecimiento del test de anticuerpos para VIH, bajo las condiciones establecidas por la ley 23.798, a toda mujer embarazada como parte de los controles prenatales de rutina.

El 27 de noviembre de 2001 la cámara de Senadores promulgó la ley 25.543 que reglamentaba la obligatoriedad del ofrecimiento del test así como también del consentimiento informado expreso de la mujer.

La curva de casos notificados por VIH/SIDA a nivel nacional continuó presentando una tendencia descendente, así, mientras que en el 2000 se notificaron 161 casos, en el 2001, 134; en el 2002, 138; 116 en el 2003 y 83 en el 2004 (Boletín sobre VIH/SIDA en Argentina, 2005).

(b) La Coordinación SIDA, el plan estratégico y la prevención de la transmisión vertical

Hacia fines del año 2001 se produjo un cambio -de relevancia para nuestro análisis- en los lineamientos políticos sobre VIH/SIDA en la ciudad de Buenos Aires. A través del decreto 1981 del nuevo jefe de gobierno, Aníbal Ibarra, se suprimió la anterior Dirección General Adjunta de Sida (dependiente de la Dirección General de la Salud de la Subsecretaría de Servicios de Salud). En su lugar se creó la Coordinación SIDA, organismo que dependía directamente de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Tal como se expresa en la presentación de la institución en la página web del gobierno de la ciudad, sus funciones son “...*coordinar todos los programas y ejecutar todos los convenios suscriptos por el GCBA relativos a la prevención y tratamiento del sida...*” (www.buenosaires.gov.ar). Esta modificación se dio en el marco de la transformación de la estructura organizativa de la Secretaría de Salud y de otros organismos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y consolidó el nuevo grupo de trabajo que desde el año 2000 se había incorporado en la Dirección General Adjunta de Sida.

Estas medidas implicaron cambios significativos en lo que respecta al gobierno de la epidemia y a la elaboración de respuestas políticas frente al problema del VIH/SIDA en el nivel de la ciudad de Buenos Aires, ya que las funciones de la anterior Dirección General Adjunta de SIDA se limitaban a la distribución de medicamentos. Desde el punto de vista de uno de los actuales funcionarios de la Coordinación SIDA previamente

“...existía un programa de SIDA que era como un almacén, distribuía medicamentos nada más porque tampoco recogía la información epidemiológica (...) esto sí era un caos, bah, era un almacén...” (Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)

Desde la perspectiva de los funcionarios implicados en el nuevo organismo el cambio más significativo fue el apoyo político al programa de SIDA municipal que conllevó la creación de la Coordinación. Así lo expresa el nuevo director adjunto en la presentación del primer número de la revista Infosida, publicación periódica del organismo que presenta información epidemiológica, noticias e investigaciones sobre la temática en la Ciudad de Buenos Aires.

Países que han logrado controlar la epidemia como Uganda o Tailandia (países del tercer mundo), además de facilitar el acceso a los preservativos, establecer acciones dirigidas (...) han dado un muy fuerte apoyo político a los programas de sida. Es éste el factor que ha marcado la diferencia con otros países en los que se desarrollaron acciones similares y que, sin embargo, no lograron iguales resultados. Desde esta perspectiva, el hecho de que por primera vez en la Ciudad se responda a la problemática del sida con la creación de una Dirección General, habla a las claras de una decisión, de un gesto político imprescindible para poder controlar el sida en el distrito. Y ese gesto del gobierno de la ciudad, que es en sí mismo valioso porque implica un compromiso público para con el tema, debe ser llenado de contenido...” (Revista Infosida N° 1)

En el año 2001 se presentó el Plan Estratégico de VIH/SIDA en la Ciudad de Buenos Aires para los años 2002-2003. En este documento se plantearon una serie de objetivos estratégicos, prioritarios en la gestión del nuevo organismo. La “reducción al mínimo de la transmisión vertical del VIH”, se presenta como una de las estrategias centrales en el plan de trabajo 2002-2003 dentro del objetivo estratégico “Disminuir la transmisión del VIH en la ciudad de Buenos Aires”. El ofrecimiento y la conserjería del test para detección de anticuerpos de VIH a toda mujer embarazada son las acciones propuestas para llevar adelante esta estrategia.

En este marco en noviembre de 2002 se lanzaron las “Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH. El tratamiento de la infección en mujeres

embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes”. En estas recomendaciones se realiza un desarrollo sobre el estado del conocimiento del tema y se establecen una serie de pautas a seguir en lo que respecta al diagnóstico (ofrecimiento del test, solicitud del consentimiento informado, asesoramiento pre y post test) y tratamiento del VIH (medicación antirretroviral, modo de parto, suspensión de la lactancia) en mujeres embarazadas. Asimismo se incorporaron una serie de pautas para el aconsejamiento sobre anticoncepción y reproducción de las personas viviendo con VIH. La presentación de estas recomendaciones debe comprenderse a la luz de la delimitación de objetivos político-institucionales frente al VIH/SIDA. En el caso de la transmisión vertical en la ciudad de Buenos Aires debe considerarse asimismo, la disponibilidad de una serie de recursos y conocimientos técnicos que –de ser puestos en funcionamiento en los servicios de obstetricia- posibilitaban reducir los índices de transmisión a niveles mínimos. Así lo señala uno de los funcionarios involucrados en el lanzamiento de estas pautas.

“... consideramos que la transmisión vertical, sabíamos que era un problema en todo el país, ahora en la ciudad de Buenos Aires también era un problema; habíamos hecho reuniones y no nos habían dado demasiada pelota acá en la ciudad, entonces nos decidimos a aplicar fuertemente, ¿por qué? porque podíamos lograr resultados rápido...” (Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)

En los servicios obstétricos ambulatorios y de internación en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires la implementación de estas recomendaciones requirió de la introducción de cambios significativos en los procedimientos habituales de diagnóstico y atención. En el nivel de la población general supuso la introducción del ofrecimiento universal del test para VIH bajo protocolo de consentimiento informado, el *counselling* previo y posterior al test y la aplicación de tests rápidos¹¹ a aquellas mujeres que no se hubiesen realizado una serología para VIH en el curso del embarazo o durante el último trimestre. En el caso del diagnóstico y seguimiento de las mujeres embarazadas viviendo con el virus también introdujo nuevas áreas de toma de decisión e intervención, básicamente, prescripción y seguimiento de medicación específica, control de la situación inmunológica y de la carga viral de las afectadas, realización de cesáreas programadas, interrupción de la lactancia, aplicación de precauciones en la atención del recién nacido, etc. Además requirió la referencia y contra-

referencia entre especialistas obstétricos y especialistas en el tratamiento del VIH/SIDA, así como el establecimiento de nuevas competencias y divisiones funcionales en los servicios obstétricos.

A pesar de que estas pautas fueron publicadas bajo el título de “Recomendaciones”, su implementación no fue librada a las políticas y preferencias institucionales sino que fue seguida de cerca por la Coordinación, contando además con el respaldo institucional de la Secretaría de Salud del gobierno de la ciudad, tal como lo señala el funcionario entrevistado

“... como instrumento legal además son recomendaciones pero con apoyo legal y que salen con el apoyo de la Secretaría de Salud, entonces nos repartimos en los hospitales fuimos hospitales por hospitales a los servicios, a discutirlos...” (Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)

A su vez debe señalarse que, como indicamos más arriba, la nueva Coordinación realiza una publicación periódica con la información epidemiológica actualizada y discriminada por centro asistencial, lo cual implica una especial visibilización al trabajo de los hospitales en especial en los casos de transmisión vertical.

En el año 2004 las recomendaciones fueron relanzadas presentando la información epidemiológica recolectada en los años de gestión, así como también actualizando el estado del conocimiento en lo referente a combinaciones de drogas antirretrovirales para el tratamiento de las mujeres embarazadas infectadas con el virus. Esta actualización implica además la reafirmación del lugar prioritario que la prevención de la transmisión vertical ocupa en la intervención política frente a la epidemia en la ciudad de Buenos Aires. En esta línea en la misma publicación se presenta una investigación llevada a cabo por la Coordinación y por un centro de investigaciones sociales en los distintos hospitales de la ciudad sobre reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH/SIDA.

(c) Grupo de trabajo en SIDA

Hacia 1999 comenzó a constituirse y consolidarse en el hospital un grupo de infectólogos que, a pesar de carecer de designación formal como grupo de trabajo, buscaron coordinar institucionalmente el trabajo en SIDA en el interior de la institución. Previamente el

trabajo en la temática carecía de continuidad y, como lo señala la trabajadora social vinculada al grupo, “...*de golpe alguien estaba interesado en el tema y se puso a trabajar...*”.

Considerando que se trata de un establecimiento de alta complejidad y un centro de derivación en el área esta es una fecha comparativamente tardía en relación con lo ocurrido en otros hospitales de ciudad de Buenos Aires en donde se conformaron equipos de atención a partir de mediados de la década del 80 y hasta los primeros años de la del 90. En las entrevistas realizadas a los profesionales, se planteó a la prevención de la transmisión vertical como un objetivo de trabajo del grupo de infectólogos e incluso lo presentaron como una de las primeras metas asumidas desde el inicio de sus actividades. En este sentido, ningún médico obstetra o trabajador de la división de obstetricia manifestó preocupación alguna con respecto a la tasa de transmisión vertical previa al período 1999-2002 e incluso desestimaron el número de casos de mujeres infectadas atendidas por la división, mientras que los médicos del grupo de infectólogos hicieron explícita su preocupación por la alta tasa de transmisión madre-hijo del virus y la necesidad de implementar medidas al respecto.

“...cuando nosotros entramos a trabajar en el hospital una de las grandes preocupaciones era la tasa muy elevada de transmisión vertical que había en este hospital, que era del 26.8%, eso era porque muchas mujeres se controlaban el embarazo y no se le había solicitado el HIV y otras porque tenían un embarazo no controlado y venían a tener familia...” (Infectóloga pediatra – N° 1)

“...si uno toma la tasa global desde el año 2000 que empezamos con el programa hasta ahora, cuando nosotros empezamos con el programa de transmisión vertical, nosotros, entramos acá en el hospital con una tasa de transmisión vertical del 26.7% de HIV y eso fue nuestra gran preocupación porque son tasas similares a África ¿entendés?...” (Infectóloga pediatra – N° 12)

“...y dijimos bueno tenemos que apuntar a la adherencia, tenemos que apuntar a la transmisión vertical y eso ocurrió más o menos en ese momento, y a partir de eso bueno empezamos a trabajar en un sentido con servicio social y en otro sentido con obstetricia lo cual no fue sencillo...” (Médico infectólogo – N° 1)

La delimitación de la prevención de la transmisión vertical como un área en la cual intervenir requirió instaurar un sistema de referencia y contrarreferencia con otros servicios y en particular implicó la negociación con la división de obstetricia, un servicio de envergadura propia dentro del hospital según lo manifestaron distintos profesionales¹², sobre todo en lo referido a la implementación de métodos de diagnóstico para las mujeres embarazadas.

“...insistimos mucho en función de los datos que teníamos para tratar uno era educar y empezar a insistir que se hiciera el estudio a la mujer embarazada y otro era tratar de tener un método que nos permitiera rápidamente tener el diagnóstico y quizás eso nos permitía a la madre que viene en período expulsivo poder darle el AZT a la madre, (inhibir) la lactancia...” (Médica infectóloga – N° 1)

“... logramos que ahora ninguna paciente se vaya de alta en el puerperio sin HIV o sea la paciente que entró acá se le hace un test rápido, porque ahora tenemos test rápido, se le hace un test rápido si no tiene HIV durante el embarazo para aunque sea pasarle AZT durante el parto, (inhibir) la lactancia y pasarle AZT al chico si por alguna circunstancia no se pudo hacer, cosa que ahora está sistematizado para que se haga digamos, no se puede ir de alta del hospital sin tener el HIV hecho o sea con el resultado...” (Infectóloga pediatra – N° 12)

“... situaciones que resulta que uno tiene que llegar a cosa medio drásticas (como) empezar a pelear historias clínicas, decir que no se autorizaban las altas (...) yo le pongo que no le doy el alta al paciente; entonces bueno, cuando empezás a generar esas cosas, que el giro cama se lo empezás a afectar, el otro dice ‘ah, ya no es el problema del infectólogo, ahora el problema es mío, porque no tengo cama para internar a otro’. Pero hay que buscar las estrategias para que el otro se concientice y yo creo que la educación me parece en el tiempo es el mejor resultado, pero a veces en el corto plazo la educación no, digamos, en el corto plazo, para algo que tiene un impacto muy grande porque transmitirle el HIV a un chico no es una cosa de impacto menor, me parece que a veces uno y tiene que buscar una estrategia que a corto plazo dé resultado...” (Infectóloga pediatra – N° 1)

En este último fragmento, la médica contrapone la educación a los médicos obstetras (a través de cursos, ateneos y reuniones) como estrategia a largo plazo, con la necesidad de

implementar cambios rápidos a fines de evitar la transmisión vertical y con la dificultad para hacerlo en la división de obstetricia. Por ello se apela a lo que designa como “soluciones drásticas” (como la manipulación del ritmo de giro-cama) para generar elementos de presión.

De este modo podemos señalar que la obligatoriedad de ofrecer el test de Elisa para VIH a toda mujer embarazada como una acción clave para reducir las altas tasas de infección madre-hijo del hospital trajo consigo tensiones y distintos tipos de confrontación entre los profesionales de la división de obstetricia y el grupo de infectólogos. En este sentido, la prevención de la transmisión vertical, al tiempo que requirió implementar cambios significativos en el trabajo en y entre los servicios, abrió también un campo de nuevas relaciones y pujas en el interior de la institución.

Distintos procesos que operaron en distintos niveles intervinieron para que hacia el período 1999-2002 la prevención de la transmisión vertical hiciera su aparición como un área prioritaria de intervención en el hospital. En particular debemos destacar que tanto a nivel nacional como de la Ciudad de Buenos Aires se generaron una serie de cambios político-institucionales que impulsaron esta determinación. En el interior de la institución el trabajo en prevención de la transmisión vertical produjo un foco de tensión y negociación que generó enfrentamientos y pujas entre la división de obstetricia y el grupo de infectólogos. Todo ello en el marco de una creciente insistencia de la Coordinación SIDA para lograr resultados rápidos en cuanto a la reducción de los índices de transmisión, presión que se ejerció a través de distintas herramientas como por ejemplo el lanzamiento de las “Recomendaciones...” en el 2002, la publicación de las estadísticas de cada hospital en la Revista Infosida, etcétera.

La institucionalización de la prevención de la transmisión vertical, entonces, no es simplemente la utilización de un recurso tecnológico, sino que expresa una trama de respuestas modeladas por un conjunto de disputas, pujas, tensiones que involucran distintos niveles, el institucional, el normativo central y donde se ponen en juego la reproducción profesional, la autonomía de los servicios, el prestigio y la asignación de recursos, entre otros elementos.

Capítulo IV

El centro obstétrico, los profesionales, las mujeres

El centro obstétrico y la maternidad

Geográficamente el hospital donde realizamos el trabajo de campo se encuentra en una zona de la ciudad cercana al límite entre la capital federal y el conurbano bonaerense; es así que uno de los médicos entrevistados lo denominó “hospital de frontera”. Esta ubicación, como veremos más adelante, tendrá una fuerte implicancia a la hora de caracterizar el área de procedencia de la población que demanda atención, así como también en la manera en que los profesionales caracterizan la institución y la diferencian de otras de la ciudad. El área programática del hospital abarca la zona sudoeste de la ciudad y comprende siete centros de salud, de los cuales tres son a su vez CePAD¹³. Cabe señalar que dentro de esta área hay dos villas de emergencia, lo cual también tendrá implicancias en la caracterización de la población por parte de los profesionales.

En el organigrama de la institución, la división de obstetricia y la de pediatría componen el departamento materno infantil que depende directamente de la dirección del hospital. La división de obstetricia cuenta con dos jefes de unidad de internación –uno por cada “ala”- y con un staff médico de residentes, médicos internos y de planta especializados. Conjuntamente con este staff médico se desempeñan en la división veintidós obstétricas o parteras titulares y nueve obstétricas residentes de primer, segundo y tercer año, todas ellas son supervisadas por una obstétrica titular coordinadora. En el curso de nuestro trabajo de campo la coordinadora que inicialmente contactamos se jubiló y provisoriamente el rol quedó a cargo de una obstétrica titular.

Especialmente la división de obstetricia abarca dos grandes sectores del hospital

(a) Lo que los profesionales, administrativos y personal de salud general refieren cotidiana e informalmente como *“la maternidad”* se encuentra ubicada en el primer piso y tiene acceso para el público desde el interior del hospital general. Este espacio está compuesto de dos unidades de internación que tienen un total de setenta camas, las oficinas del jefe de departamento y de la coordinadora de obstétricas, una pequeña sala donde se realizan reuniones y los pases de guardia cada mañana, cuatro aulas, el consultorio donde se realizan

las ecografías y estudios de doppler, dos consultorios donde los residentes atienden y revisan diariamente a las mujeres internadas y una oficina del registro civil.

(b) Lo que los profesionales, administrativos y personal de salud general refieren cotidiana e informalmente como *“el centro obstétrico”*, se encuentra ubicado en un sector adyacente del hospital general y el acceso al público debe realizarse por una calle lateral por una entrada aparte y separada del hospital. Aunque existen pasillos, escaleras y ascensores que conectan internamente el centro obstétrico con el hospital general y la maternidad, sólo son de acceso para los profesionales de la división o personas acompañadas por el personal autorizado a transitarlos.

En el centro obstétrico funciona el sector de consultorios externos y la atención de urgencias obstétricas y ginecológicas. Cuenta con una amplia sala de espera con unos setenta asientos plásticos que fueron deteriorándose con el correr del tiempo transcurrido en el trabajo de campo; en las paredes de la sala hay pegados afiches y carteles escritos a mano sobre temas diversos, entre ellos un curso de “preparación psicofísica para la maternidad” que se dicta en el hospital, los horarios y el espacio donde funciona el consultorio de entrega de resultados de los análisis de VIH, en especial se destacan numerosos afiches, cuadros y carteles sobre los beneficios de la lactancia materna. La atención al público se realiza a través de una ventanilla con una ventana de vidrio y rejas, la administrativa de turno está acompañada por una mujer policia; arriba de la ventanilla hay una placa dorada que dice “Hospital amigo de la madre y el niño – UNICEF”¹⁴. En el interior del centro obstétrico se encuentran la sala de monitoreo fetal, dos consultorios generales, dos destinados a la guardia, dos salas de partos, dos cuartos para el trabajo de parto, el office donde los médicos transcurren los momentos libres durante la guardia y el quirófano.

Los consultorios externos están compuestos por áreas que atienden distintas especialidades, un grupo de médicos están encargados de lo que ellos denominan “embarazos de bajo riesgo” o “embarazos normales”, además existen diversos consultorios especializados: embarazo adolescente, diabetes, hipertensión, alto riesgo quirúrgico¹⁵ y alto riesgo; el jefe del departamento materno infantil señaló que este último consultorio *“...nuclea las patologías generales que pueden complicar un embarazo como enfermedades maternas, incompatibilidad de Rh, trastornos de crecimiento intrauterino...”*. Es en este último consultorio también dónde se atienden a las mujeres embarazadas viviendo con VIH.

Los circuitos institucionales y la división del trabajo entre profesionales

Cuando una mujer sospecha o sabe que está embarazada y desea atenderse en el centro obstétrico el circuito institucional establecido indica que debe concurrir a una primera consulta denominada “consulta de orientación”. Esta instancia está a cargo de una obstétrica o partera y funciona como puerta de entrada al sistema de atención. En caso de que la mujer carezca de controles prenatales previos, en esta consulta se realiza la apertura de la historia clínica perinatal, donde se apuntarán los datos personales de la mujer, y los antecedentes y datos médicos y obstétricos que la obstétrica considere como relevantes para evaluar el desarrollo del embarazo. En esta consulta además se preparan las órdenes para los análisis y controles prenatales de rutina, entre ellos el análisis de anticuerpos para VIH, y se efectúa la derivación al médico obstetra de consultorios externos de acuerdo a los antecedentes médicos y obstétricos de la mujer, por ejemplo si tiene más de dos cesáreas previas será derivada al consultorio de “alto riesgo quirúrgico”. Analizaremos las características de estas consultas más adelante, por el momento nos alcanza con señalar que es la primera instancia de atención en los circuitos institucionales establecidos para una mujer embarazada.

El sistema de turnos para esta consulta consiste en la distribución de una serie de números entregados por orden de llegada antes de la apertura del consultorio a las ocho de la mañana; quienes desean atenderse en esta consulta deben por lo tanto concurrir al centro obstétrico muy temprano a la mañana¹⁶. En las entrevistas, los profesionales señalaron que se entregaban veinte números por la mañana y veinte números por la tarde. En las observaciones realizadas se entregaron entre ocho y doce números –dependiendo del día- para el consultorio de la mañana atendido por una obstétrica de planta. Por otra parte, el funcionamiento del consultorio por la tarde depende de la disponibilidad de las obstétricas residentes (sólo una vez pudimos realizar observaciones en estas consultas, aquí se entregaron cuatro números sin que se presentaran más mujeres). La función principal de las consultas de orientación dentro del sistema de atención es dar una entrada controlada y ordenada de las mujeres dentro del servicio. El número de admisiones, que se suma a las que se efectúan por guardia, es objeto de control y preocupación debido a que un problema fundamental, visualizado por las jefaturas de la división, es el exceso de la demanda por sobre las posibilidades concretas de atención.

Una escena al finalizar las consultas de la mañana (ese día no se atendía por la tarde) retrata claramente este punto:

Las consultas ya habían finalizado pero la obstétrica, los estudiantes y yo nos quedamos conversando en el consultorio. En eso entró la coordinadora de obstétricas, que estaba muy alterada, le dijo a la obstétrica que había que poner un límite a las admisiones por medio del consultorio de orientación, que no hiciera entrar a más de diez u once mujeres; contó que ese día habían hecho demasiadas admisiones por guardia que no se daba abasto con el trabajo, que era una barbaridad, luego dijo “y claro si atendemos a todo el conurbano y encima nos caen todas las extranjeras, ¿cómo no vamos a estar sobrepasados!?” (Registro de campo, 25 de abril de 2005)

A partir de esta consulta la mujer que continúe atendiéndose en el centro obstétrico concurrirá a los controles prenatales con un médico obstetra de consultorios externos. La frecuencia “ideal” de las consultas pautaada por los profesionales es de una vez por mes luego de las doce semanas de embarazo (con un piso mínimo de cinco consultas), una vez cada quince días después de las treinta y cinco semanas y una vez por semana luego de las treinta y ocho. Los turnos en consultorios externos son programados y se solicitan en la ventanilla de la sala de espera del centro obstétrico; no obstante, el médico encargado de alto riesgo señaló que en su consultorio, que funciona un día a la semana por la mañana, también atiende mujeres por demanda espontánea.

En el centro obstétrico se atienden tanto consultas de urgencia obstétricas como ginecológicas, la atención en guardia también consiste en la distribución de números por orden de llegada. Las esperas suelen ser variables, pero pueden extenderse durante dos o tres horas. Durante nuestro trabajo de campo sólo dos mujeres fueron atendidas sin que debieran aguardar ser llamadas por su número, una mujer muy joven con “rotura de bolsa” de líquido amniótico y una mujer con un aborto en curso¹⁷.

En la atención de urgencias se encuentran involucrados distintos profesionales. Uno de los tres médicos/as internos está a cargo de la guardia del día, al grupo de médicos se suman también dos o tres residentes de tocoginecología; además hay tres obstétricas titulares, dos o tres obstétricas residentes, tres enfermeros/as y dos o tres anestesiólogos/as¹⁸. El trabajo en la guardia se encuentra dividido según las profesiones y las jerarquías. Las consultas (llamadas

en la institución “consultas de admisión”) son atendidas por obstétricas residentes de cualquier año y médicos residentes de primer año. En caso de que alguno de ellos evalúe que la mujer requiere alguna intervención de urgencia (como un legrado en el caso de un aborto en curso), las enfermeras preparan a la mujer para el quirófano y se notifica al médico interno a cargo que decide quién estará a cargo de la intervención de acuerdo con el nivel de complejidad requerido. Si los médicos u obstétricas residentes consideran que la mujer está en trabajo de parto le darán ingreso completando una serie de papeles, controlando los estudios prenatales y preparándola con la ropa estéril para sala de partos. En caso de que se trate de un parto por vía vaginal, el trabajo es conducido por una obstétrica residente y el nacimiento está a cargo de una obstétrica residente supervisada por una obstétrica titular o directamente por esta última. Si la mujer debe someterse a una cesárea es atendida por el médico interno de guardia o por los médicos residentes supervisados por éste según el nivel de complejidad requerido, con respecto a este punto una obstétrica residente de tercer año señaló:

“...en general en el hospital lo hacen (el trabajo de parto y el parto por vía vaginal) las obstétricas (...) los médicos en general hacen muy poco y tratan enseguida de entrar al quirófano, cesárea a ellos les encanta aprender a operar ((risas)) cesáreas la primera vez, la primer cesárea de la mamá (...) primer cesárea, a la segunda cesárea, quinta cesárea y van subiendo de escalón en escalón ((risas)) (...) los únicos que entran a operar son médicos, entran médicos en general, un médico superior que es un médico interno que está capacitando algún residente de segundo año, de primer año que recién entra (...) cuando ya están más capacitados ya entran los residentes superiores, cuando ya aprendieron las técnicas y ya opera bien, ya entra el residente de tercero, por ahí con un residente de primero o de segundo, igual los médicos internos están siempre dando vueltas y viendo si todo funciona de la mejor manera...” (Obstétrica residente – N° 20)

La organización del trabajo en la guardia está, por lo tanto, liderada por el médico a cargo y estructurada de acuerdo con actividades consideradas como más o menos complejas distribuidas en función de una jerarquía de profesiones -encabezada por los médicos- y de cargos –titulares/residentes.

Una vez que la mujer tuvo a su hijo, es internada en el sector de la maternidad. En caso de que haya tenido un aborto la internación se efectúa en el sector de ginecología.

Durante las mañanas los médicos residentes realizan rondas diarias en los pabellones de internación y atienden en los consultorios correspondientes. Las trabajadoras sociales asignadas al servicio de obstetricia también realizan recorridos diarios en el pabellón de internación “ofreciendo el servicio social y orientación”, tal como una de ellas lo describió en una entrevista. Desde la perspectiva de los médicos entrevistados, el rol de las trabajadoras sociales consiste en efectuar tareas “educativas” o atender casos de “riesgo social”:

“...ellas (las trabajadoras sociales) pasan diariamente por la sala, se encargan de todo lo que es de riesgo social, de todas las pacientes adolescentes y en general dan las charlas en cuanto a lactancia materna, al cuidado de puericultura, al derecho de que los recién nacidos se vayan con su documento y hayan pasado por registro civil y hayan sido inscriptos...” (Jefe del departamento materno infantil – N° 17)

“...el tema está, en qué condiciones uno ve a esas pacientes, cómo, para qué, cómo difiere de la paciente que vemos habitualmente, como para decirles (a las trabajadoras sociales) que necesitamos su apoyo o no (...) si vemos a las pacientes, cómo decirte, en un abandono o en una protección mínima o nula (...) con esposos golpeadores, o con parejas que, bueno bebedores y las embarazan y después se olvidan, y vos ves que la paciente tiene tres, cuatro hijos y que viene y la ves mal y, bueno ahí servicio social...”(Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

Tras el alta de la internación, la mujer debe volver al mes siguiente para el control de puerperio. Existe además un consultorio de “Procreación Responsable”, para mujeres que han tenido sus hijos en el centro obstétrico, que funciona un día a la semana por la mañana con turnos programados y también demanda espontánea, y es atendido por dos médicos residentes. La difusión de este consultorio es escasa y también lo es la demanda: según los médicos encargados atienden aproximadamente seis mujeres por semana.

Las mujeres

Los profesionales en las entrevistas hicieron énfasis en el alto número de partos anuales que se atienden en el servicio, lo que ubica a la maternidad en el segundo lugar de importancia en la ciudad de Buenos Aires detrás de un hospital especializado. A pesar de

nuestras reiteradas solicitudes a distintos profesionales no pudimos contar con una estadística de los partos anuales que atiende el servicio. Los datos que se exponen en la revista “Infosida” N° 5 de la Coordinación SIDA de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires indican que en el año 2003 se atendieron 3874 partos y en el año 2004, 4474; sin que se proveyeran datos para el año 2005. Las estimaciones que manifestaron en las entrevistas el jefe de departamento materno infantil y la coordinadora de obstétricas para ese año oscilan entre los 4100 y los 4800 partos. Tampoco pudimos tener acceso a una estadística de la institución sobre la cantidad de partos de mujeres VIH positivas. Según la publicación anteriormente mencionada, en el 2003 se atendieron 21 partos y en el 2004, 23. Las estimaciones de nuestros entrevistados para el año 2005 oscilaron entre los 12 y 25 casos anuales.

Un tema recurrente en las entrevistas realizadas fue el de la procedencia geográfica de las mujeres que se atienden en la división. Todos los profesionales destacaron que más de la mitad de las mujeres que demandan atención en el centro obstétrico residen en el conurbano bonaerense, principalmente en el partido de La Matanza; las estimaciones que manifestaron oscilaban entre un 60% y un 85%. En este caso tampoco pudimos tener acceso a las estadísticas de la institución. De las 48 consultas de orientación que observamos, 30 (62,5%) eran de mujeres del conurbano bonaerense, de ellas 29 residían en el partido de La Matanza.

En algunos casos los profesionales alegaron que esta peculiaridad se debía a la ubicación “de frontera” del hospital, sin embargo también invocaron razones de otro orden, principalmente las debidas al deterioro del sistema asistencial de salud en provincia y a la mayor especialización y mejor equipamiento del centro obstétrico (incluso en lo referente a hotelería y edificio); en este último punto señalaron incluso derivaciones hechas por los mismo profesionales de los hospitales del conurbano.

“...un noventa por ciento de provincia, sí, sí, nosotros estamos, en el conurbano muy cerquita, y realmente, mucho, mucho, mucho, de provincia, sí, sí; el relato que te hacen (...) yo les pregunto, y vienen porque no encuentran los turnos, cama en el momento de la internación, por ahí se controlaron pero cuando van, o hay infección o está la neo cerrada y le dicen ‘no, andate a un hospital de capital’, vienen, como bajando ¿no? yo te digo así porque vienen del oeste y vienen mucho, mucho de La Matanza...” (Obstétrica residente – N° 20)

“...la llegada de estas pacientes, yo esto te lo digo por la experiencia de alto riesgo, yo tengo gente que te mandan de Merlo, de Moreno, me llegan de González Catán con una notita Dr. (...) a embarazo de alto riesgo; yo no los conozco a los colegas pero será, viste, que saben que acá atendemos alto riesgo, así te ponen y te lo mandan de esos lugares...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

“...muchas veces con tres, cuatro cesáreas, dicen: ‘bueno no, no, esto no es para nosotros, andate allá al (...)’, las mandan así...” (Médica residente de tercer año – N° 4)

E1: (...) Matanza no tiene muchos hospitales grandes y está en crisis de salud entonces las pacientes vienen de lugares

E2: te las mandan

E1: increíbles vos decís no podés, la mina estuvo dos horas viajando

E2: venirte de allá hasta acá, o sea, ¿no encontraste nada en el medio?

(E1, médico residente; E2: médica residente tercer año – N° 15)

“... (a) este hospital vienen muchos también porque es linda la parte edilicia y la parte hotelería (...) pero viste que lo que entra por los ojos lo primero es el edificio y tenés que está es muy limpio, porque es muy limpio, se conserva, la verdad que está hace veinticuatro años que yo estoy acá, siempre lo mantienen a full, no se dejó estar para nada y eso a la gente le gusta, y bueno después la parte profesional también es muy buena...”¹⁹ (Coordinadora de obstétricas – N° 19)

El alto porcentaje de demanda de residentes del conurbano bonaerense fue relacionado por algunos de nuestros entrevistados con la sobrecarga de demanda para el servicio.

“... somos todos argentinos, está todo claro, pero bueno, viste, es una gran sobrecarga, para este hospital de frontera, este, con todo esto...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

En lo que respecta a las edades de las mujeres que se atienden en el servicio, los profesionales destacaron un notorio aumento de las mujeres adolescentes embarazadas. Según las estimaciones del jefe del departamento materno infantil, el 20% de los partos son de

mujeres menores de 21 años. En las 48 consultas observadas, 15 fueron de mujeres menores de esa edad, lo que representa un 31,25% del total.

En cuanto al nivel socioeconómico de las mujeres, algunos profesionales destacaron la aparición de sectores medios como demandantes de atención en las instituciones públicas y en particular el centro obstétrico.

“... (El nivel socioeconómico) es variado, yo no sé, yo hace muchos años que trabajo ¿no? muchos, a mí me parece que antes venían las pacientes más pobres...” (Coordinadora de obstétricas – N° 19)

“...en el hospital público hoy en día hay clase media también que antes tenía una prepaga y por problemas económicos dejó de tenerla, va al hospital público pretendiendo un turno en el día o pretendiendo un análisis para hoy y en realidad el hospital público se maneja con turno para dentro de una semana, quince días, dos meses...” (Obstétrica residente – N° 20)

A pesar de estas salvedades todos los profesionales caracterizaron a la población demandante como de bajos recursos e incluso narraron las dificultades económicas por las que atraviesa esta población.

“...y respecto al nivel socioeconómico es variado, pero por supuesto tenemos un, el predominante es población de bajos recursos y que no tiene cobertura de otro tipo...” (Jefe del departamento materno infantil – N° 17)

“...muy pobres a veces vienen sin nada sin ropita para los bebés, muy pobres...” (Enfermera caba – N° 5)

A: y más o menos en cuanto al nivel socioeconómico de las pacientes

E: y bajo, bajo gente que no puede viajar, gente que no viene a veces porque no tiene plata para el viaje (Jefe de unidad de internación – N° 3)

“...dos de la mañana con contracciones la examinan a la paciente ‘señora, pero usted no está todavía en trabajo de parto, le falta, vuelva a su casa y si mañana tiene contracciones...’,

‘doctor, no tengo plata para el colectivo, no puedo volver’, en la guardia le han juntado monedas...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 2)

“...lo que hay mucho es anemia y se ven hay pacientes, yo he visto en este momento acá pacientes que tienen una nutrición deficiente, que hacen chicos de 2 kilos 200 porque no comen, viven en la calle (...) hubo una embarazada que pesaba 34 kilos (...) con su bebito, embarazada de término, nueve meses...” (Médico residente de tercer año – N° 15)

El nivel socioeconómico fue percibido en ciertos casos como un posible factor obstaculizador a la hora de prescribir un tratamiento o medicación

“...sí, lo dicen, lo dicen, o le doy de comer a mis hijos o vengo para acá, te imaginás cuando tenés que medicar...” (Jefe de unidad de internación – N° 3)

“...el nivel económico es muy, muy bajo, la mayoría no tiene plata para comprarse ningún medicamento que le indiques...” (Obstétrica residente – N° 20)

Frecuentemente los profesionales presentaron el nivel socioeconómico y/o “cultural” de las mujeres como un factor que incide en el nivel de información sobre anticoncepción y de las posibilidades de elegir el momento de la maternidad y la cantidad de hijos.

“...tenés pacientes de más de cuarenta años, que tienen sus primeros hijos (...) entonces la gente posterga, porque, la gente que socioculturalmente puede postergar me refiero ¿no? porque me decís bueno y quiénes son las pacientes que vienen a los trece años embarazadas y al otro año repiten y al otro año repiten, y siempre son las mismas pacientes un nivel sociocultural bajo, una información sobre anticoncepción nula, o sea no es gente que quiera tener un hijo a los trece años, esta es la realidad, no es que buscaron la maternidad sino que les llegó la maternidad; siempre digo nosotros que, este, la anticoncepción llega, a la misma población, queda, una franja de la población que cero o porque nosotros no llegamos o porque ellos no saben cómo buscarnos, este es el tema porque nosotros tenemos un centro de salud ubicado en (una villa de emergencia) por ejemplo, y gran mayoría de las chicas que vienen nos vienen a ver de esa zona ¿no?, digo o nosotros no llegamos a asesorarlas para ver

“cómo tienen que hacer o ellas por ahí ni se preocupan...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

“...acá también hay mujeres por ejemplo, la que estaba recién acá, nueve hijos, una que está pariendo ahora once, son gran multíparas, gran multíparas y de repente no saben cómo cuidarse (...) la ignorancia es muy grande, todo pasa por la parte de educación yo creo que la que tiene suerte de educarse porque tiene su dinero y demás, bueno también se puede equivocar meter la pata y tener algún percance, por ahí si no quiere tener su hijo, pero en general estas chicas son mujeres que vos le preguntás ‘pero ¿vos te cuidás?’, te dicen ‘sí, yo me cuido’ o te dicen ‘no, no, mi esposo se cuida’ y qué hacen ‘bueno, hacemos tal coito interruptus’ falla muchísimo, no usan preservativos, falla muchísimo, o si no te dicen ‘no, mi esposo me dice que si yo no termino no me embarazo’...” (Jefe de unidad de internación – N° 3)

Un tema recurrente en las entrevistas fue el de los controles prenatales considerados como adecuados. Todos los profesionales coincidieron en establecer un mínimo de cinco consultas obstétricas antes del parto para un control adecuado de un embarazo considerado como de bajo riesgo. La caracterización de la población con respecto a este punto no fue uniforme, mientras que algunos de ellos no consideraron como significativo el número de mujeres con controles deficientes del embarazo

“...no hay tanto como se puede pensar que hay, claro, cuando aparece alguna que no tiene control uno se pone mal, pero no hay un exagerado número de pacientes que no vienen a los controles, algunas que vienen tarde pero vienen...” (Jefe de unidad de internación – N° 3)

Otros destacaron la variabilidad

“...sí, es variado, hay pacientes que nunca fueron vistas por un hospital y que vienen a tener su parto acá, hay pacientes que fueron controladas en otro centro y tienen su parto acá, y hay pacientes que fueron controladas acá y fueron seguidas por el hospital por supuesto...” (Jefe del departamento materno infantil – N° 17)

Otros profesionales destacaron que un gran porcentaje de las mujeres que tenían su parto en el centro obstétrico carecía de los controles prenatales adecuados

“...aproximadamente ochenta por ciento de las pacientes tiene un control deficiente, el cuarenta por ciento caen a parir, y decía que menos del cinco tiene una consulta antes del embarazo...” (Médico residente de tercer año – N° 15)

“...te diría que sin control prenatal, podemos llegar a tener aproximadamente un cuarenta por ciento de pacientes...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

En relación con los controles prenatales considerados como deficientes fue frecuente que los profesionales hicieran referencia a mujeres llegadas desde países limítrofes para tener sus hijos en los hospitales públicos de la ciudad.

“...son muy pocas las pacientes que no hacen, no el tratamiento, sino el seguimiento, salvo aquellas que no, tenemos una mayor inmigración boliviana, paraguaya y entonces los que llegan a último momento, como en su país les cobran vienen acá a parir y entonces llegan capaz que a las treinta y ocho semanas sin control vienen por primera vez este tienen otra consulta y ya van a parir...” (Coordinadora de obstétricas N° 19)

E: (...) después lo que tenemos pacientes que vienen de afuera, y no del interior, no, de Paraguay, de Bolivia, que vienen acá a tener el parto directamente (...) y vienen así, yo tengo una paciente internada, paraguaya, llegó hace tres semanas de Paraguay (...) ellos te dicen de que allá lo iba a tener en la casa o en algún hospital, entonces vienen a la casa del familiar y tiene el parto; y en Bolivia más todavía (...) uno conoce y escucha, te digo que, la población de gente de Bolivia que estamos teniendo acá en la zona de Mataderos es muchísima, no te podría decir definir el porcentaje, pero uno escucha, todos los días, que hay parto de gente así (...) lo que pasa la lógica sería, para atenderlas en el hospital tiene que tener los documentos, en un momento se dijo eso, pero nosotros con la cédula boliviana las atendemos igual (...) nosotros a nadie le decimos que no

A: claro, ¿no? pero además por la ley de la ciudad es así, con cualquier documento...

E: claro, está bien pero parece ser que en el resto del mundo no es tan así, pero viste nosotros, por supuesto atendemos a todo el mundo, por supuesto que ese chico se va con DNI argentino...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

En este sentido, un punto que surgió recurrentemente en la caracterización de la población demandante fue el significativo número de mujeres inmigrantes que se atienden en el servicio e incluso en ocasiones el tema fue introducido por los mismos profesionales sin que alguna de las entrevistadoras le formulara una pregunta sobre el origen migratorio de las mujeres. Asimismo algunos plantearon obstáculos “culturales” para una adecuada atención o para el adecuado cuidado de los niños.

*E2: lo que pasa acá es que tenemos muchos **partos extranjeros** (...) entonces tenés todos bolivianos, todos peruanos, todos paraguayos y ((suspira))*

E1: los bolivianos, tienen mucho, tienen costumbres, yo tengo muchas pacientes bolivianas acá ‘yo tengo cinco hijos, todos en mi casa, no fui nunca a un hospital’

E2: no saben ni cuánto pesaron, ni de cuánto estaban embarazadas, no tienen ni idea

E1: hay cosas increíbles, por ejemplo el otro día una paciente le preguntamos cuántos hijos tenés y nos dice cinco, le preguntamos en qué año nació

E2: no sé, cuánto pesaron, no sé

E1: no saben cuánto pesaron, o sea, no, no, no porque la paciente sea mala con los chicos, sino porque es...

E2: falta de control...” (E1: médico residente, E2: médica residente de tercer año – N° 15)

Más o menos a los cinco minutos entró el médico interno, se presentó como Dr. (...), me pareció simpático. Me presenté, parecía extrañado sobre mi presencia allí, pero me dio una especie de bienvenida y me dijo que me iban a conseguir un guardapolvo blanco. Luego me acompañó hasta el consultorio, me dijo que ahí se hacían las consultas y que yo iba a estar con la obstétrica residente de tercer año. Antes de irse me dijo que iba a ser muy bueno que haya una antropóloga allí porque ‘acá tenemos muchos problemas culturales, idiomáticos... y culturales de la atención’ por la presencia de numerosas mujeres extranjeras que tenían ‘otra cultura’ (Registro de campo, 22 de marzo de 2006)

En algunos casos el alto número de inmigrantes fue empleado como explicación de las situaciones de maltrato y violencia a las que se ven sujetas estas mujeres en distintas circunstancias de la atención

“...hay muchísimo maltrato, muchísimo maltrato porque esta política también de muchos, muchísimos inmigrantes (...) es real también que no pagan impuestos, es real que muchas embarazadas vienen de otros países, de Bolivia por ejemplo, a parir acá porque el hospital público es gratis y en Bolivia tenían que pagar, entonces vienen al séptimo mes a parir a su hijo, sin ningún control de embarazo, entonces es como que vos misma como profesional te genera mucha ambivalencia porque tenés todas las camas ocupadas (...) bueno siempre digo si en tu casa no tenés ni para comer, no podés invitar gente de afuera...” (Obstétrica residente – N° 20)

Debemos destacar que este no fue un tópico que tomamos en consideración previamente sino que emergió en el curso del trabajo de campo, y particularmente en las observaciones de consultas de orientación y guardia donde presenciamos numerosas situaciones de maltrato explícito hacia las mujeres extranjeras²⁰.

La mujer ingresó al consultorio y se sentó frente al escritorio. La obstétrica le pidió el documento y la mujer le dio una cédula boliviana, a lo que la profesional exclamó “¡Qué de hermanos latinoamericanos que vinieron hoy! ((mirando la planilla de registro de pacientes del día)) Ya son uno, dos, tres, cuatro. ¿Vos hace cuánto que estás acá?”, la mujer respondió que hacía dos meses. La obstétrica respondió: “Viniste a tener al bebé acá ¿no? ((mirándome a mí)) ¿sabés lo que hacen ahora? Vienen acá en micro, como siempre tienen algún familiar, se quedan con el familiar y tienen el bebé acá. GRATIS porque acá no pagan nada de nada, ¿pero sabés que más? Se lo llevan con el documento argentino. Entonces, vienen lo tienen gratis y se lo llevan con documento. Vos no sabías esto que te estoy contando ¿no? Pero es así. Esto hacen ahora.” (Registro de campo, 14 de febrero de 2005)

“Esa es nuestra población”

“... por ejemplo ahora hay una chica, embarazo gemelar ¿de cuánto?, dieciséis años (...) que vive en Virrey del Pino, ellos dicen ‘no, yo vivo en el campo’, si se habrá hecho una ecografía cuando vino acá y la vio el Dr. (...) fue mucho, o sea (...) esa es nuestra población ¿entendés? de Virrey del Pino que para que vos te des una idea (...) de acá tenés como dos horas y media por ruta 3, lejísimo, o sea pero dicen hospital más cercano en capital, este (...) no es como otros hospitales que vas a ver, que sé yo, el Fernández...” (Médica residente de tercer año – N° 15)

La caracterización de la población realizada por los profesionales supone una tipificación del universo de mujeres que demandan atención, atravesada por un conjunto de nociones y valoraciones de fuerte tono negativo y estigmatizante, y al mismo tiempo les permite especificar los rasgos de la propia institución asistencial, no sólo frente a otros centros asistenciales privados sino también a otras instituciones públicas.

Un “hospital de frontera”, mujeres de bajos recursos, ignorantes, negligentes o incapaces socioeconómica y/o culturalmente: esta caracterización define, a su vez, un tipo de ejercicio profesional y configura las condiciones de la propia práctica del personal de salud del centro obstétrico, así como también define un “comportamiento de rol” (Menéndez y Di Pardo, 1996) -arraigado histórica y tradicionalmente (Nari, 2004)- adecuado a su responsabilidad frente al cuidado del niño por venir ante la “evidente” incapacidad de las mujeres y en calidad de únicos portadores de un saber legítimo en la materia, ratificando así el rol tutelar que el médico obstetra debe ejercer sobre el embarazo-niño.

Capítulo V

“¿Qué derecho tiene ella para infectar a su hijo?”

El ofrecimiento del test de anticuerpos para VIH y la implementación del consentimiento informado en la primera consulta obstétrica

Como vimos antes, tanto las leyes y recomendaciones nacionales y municipales como los médicos infectólogos con trabajo en VIH/SIDA en el hospital consideran al ofrecimiento universal del test para VIH en los controles prenatales de rutina como la acción fundamental dirigida a tratar el problema de la transmisión vertical del VIH.

Las distintas recomendaciones pautan que el análisis para VIH debe ser solicitado de acuerdo con lo estipulado por la ley número 23.798; esto es, debe solicitarse el consentimiento de la mujer para la prueba diagnóstica, previa charla informativa sobre las características del test, los sentidos de un posible resultado²¹, los modos de prevención de la transmisión del VIH, la posibilidad de evitar la transmisión vertical en caso de que el resultado sea positivo, la importancia de la realización del test también a las parejas. En este sentido, se reconoce al consentimiento informado como una instancia dentro de un proceso más amplio que incluye la autorización formal del paciente pero que no se reduce a ella (“Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical”, 2004). La universalización del ofrecimiento del test para VIH por lo tanto requiere de la introducción en las consultas obstétricas o en otra instancia de la atención de un espacio donde un consejero/a pueda conversar con e informar a la mujer sobre la prueba diagnóstica y el VIH. Simultáneamente la ley de SIDA también estipula que el resultado debe ser entregado por personal médico acompañado de un equipo que pueda dar información y contención²².

En este capítulo analizaremos las modalidades específicas en que se ofrece del test de detección de anticuerpos y se solicita el consentimiento informado en la primera consulta obstétrica, las denominadas institucionalmente como “consultas de orientación”, de una mujer embarazada que desea atenderse en el hospital.

*“...en la década del 90 comenzamos a tener los famosos grupos de riesgo, cosa que hoy hemos desechado, pero recuerde que en aquel momento decíamos, bueno paciente drogadicta, paciente con transfusiones de sangre, con tatuajes, con múltiples parejas sexuales, recién esa era la paciente que nosotros por ahí le pedimos un HIV, pero después del año 99 comenzamos a hacer HIV a todo el mundo, siempre y cuando la paciente lo acepta, un screening total a todas las pacientes (...) **este ha sido el gran cambio...**” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 2)*

Como señalamos en el capítulo III en el centro obstétrico durante el período 1999-2002 se comenzó a trabajar sistemáticamente en la prevención de la transmisión vertical. La fecha exacta varía según el entrevistado, para algunos es 1999, para otros el 2000 o el 2001, otros dicen no recordar el momento preciso; lo cierto es que a partir del año 2001 la prescripción del test de VIH se universalizó y normalizó como control prenatal de rutina para todas las mujeres embarazadas, dejando de ser un estudio que sólo se ofrecía a ciertas “candidatas” (Margulies, 1998).

“... antes se pedía únicamente cuando había pacientes con factores de riesgo, si tenía tatuajes, si mantenía relaciones sexuales sin preservativo, o sea cada vez va cambiando más...” (Médico residente de tercer año – N° 4)

Dentro del circuito estipulado institucionalmente para una mujer que desea atenderse en el centro obstétrico el primer test de detección de anticuerpos para VIH²³ se ofrece en la primera consulta obstétrica o “consulta de orientación”. Ésta es la primera instancia de la atención obstétrica, está a cargo de obstétricas o parteras y tienen un doble objetivo: por un lado dar entrada ‘controlada’ dentro del sistema de atención a mujeres cuyo embarazo ha sido certificado por una ecografía, por otra parte organizar los siguientes pasos de la atención: la realización de los distintos análisis prenatales y la derivación al médico obstetra correspondiente.

Como parte de la etnografía en el hospital realizamos una serie de observaciones en las consultas de orientación. Entre febrero y abril del 2005 observamos 48 consultas a cargo de seis obstétricas distintas, cuatro obstétricas de planta que atendieron por la mañana y dos

obstétricas residentes que atendieron juntas en el mismo consultorio por la tarde. Frecuentemente en el consultorio de orientación también presencian la consulta uno o dos estudiantes de medicina de la materia ‘Obstetricia’ de tercer año de la carrera de una universidad privada que tiene convenio con el hospital, así como también estudiantes de último año de la carrera de obstetricia de la UBA que realizan ‘rotaciones’ por el consultorio. Estas rotaciones no son previamente planificadas con la obstétrica, sino que son improvisadas en la mañana misma, de modo que pueden cruzarse estudiantes de medicina con los de obstetricia²⁴. Generalmente el rol de los estudiantes en la consulta consiste en aliviar el trabajo de la obstétrica que delega en ellos distintas tareas para agilizar y acortar los tiempos de la consulta, de modo que su presencia siempre fue bienvenida.

Las trayectorias de las mujeres que demandaban atención en esta instancia fueron variadas:

- para 19 mujeres (casi un 40%) esta era la primera instancia de atención; en estos casos las obstétricas les ordenaron realizarse a la brevedad una ecografía en algún centro privado de los que abundan en los alrededores del hospital²⁵, debiendo regresar a esta misma instancia con la certificación correspondiente del embarazo. Como veremos más adelante, la ecografía es, según el personal de salud del centro obstétrico, la única manera válida y certera de certificación del embarazo.
- casi la mitad de las mujeres (22 casos) habían confirmado su embarazo mediante una ecografía en un centro privado (excepto el caso de una mujer que se había realizado el estudio en un lugar público) pero no habían realizado ninguna consulta u otro tipo de estudios.
- ocho mujeres se habían atendido en otras instituciones (salitas, centros de salud, clínicas por obras sociales, centros privados) pero por diversas situaciones iban a tener el parto en el centro obstétrico, por lo que debían realizar su entrada al sistema por medio de esta consulta.

En las consultas observadas sólo se prescribió la serología para VIH a aquellas mujeres que aún no se habían realizado los estudios prenatales y habían confirmado su embarazo por medio de una ecografía (segundo grupo) y a tres mujeres sin controles ni certificación ecográfica del embarazo (en estos últimos casos ‘la evidencia’ se mostraba por sí sola ya que eran embarazos de más de cinco meses de gestación).

En suma, en las consultas observadas se prescribió el test Elisa para VIH a 25 mujeres conjuntamente con el hemograma completo, el análisis de orina y el papanicolaou y la colposcopia. No obstante, tan sólo en tres de estos casos se informó a las mujeres que se les

iba a realizar el test y en las tres oportunidades se les solicitó que firmaran en el reverso de la orden. En los 22 casos restantes no se avisó a las mujeres la medida diagnóstica que se estaba solicitando, en dos de estos casos se les pidió que firmaran sin informarles para qué era la firma y sin que las mujeres preguntaran.

En un primer análisis de estos datos podría sostenerse que la prescripción del test de detección de anticuerpos para VIH es parte de la rutina de los controles prenatales. Algunos de los entrevistados han señalado esta rutinización de la prescripción del test para demostrar la eficacia del servicio

“...ahora se le pide sin más ((el test para VIH)), directamente, ahora la paciente viene se le abre la historia clínica y se le pide HIV (...) como le pedís un hemograma, una glucemia, una urea, le pedís un HIV...” (Jefe de unidad de internación – N° 3)

“... lo que está claro es que en este hospital te diría casi el 99,99 % tiene HIV (...) por nuestro lado está sistematizado que a todas se lo ofrecemos, como pedir una ecografía todo el mundo la tiene...” (Médico obstetra de “alto riesgo” - N° 2)

Sin embargo esta incorporación del test a la rutina no está libre de cuestionamiento. Así, por ejemplo, dos trabajadoras sociales se expresaron críticamente acerca de este modo de prescribir el test.

“...no hacen pretest (...) nadie lo aclara en esa orden, digamos de rutina, porque lo están transformando en una rutina este análisis (...) la idea sería poder hacer un pretest, por ahora no es algo que se quiera tomar la decisión de hacerlo (...) cuando vienen al consultorio, les pregunto, si a la hora de pedírselos les dijeron que no era obligatorio, que era una posibilidad si ella quería elegirlo, si le dijeron la importancia de porqué hacérselo, si firmaron y si les dijeron las posibilidades que podía tener este análisis como resultado, generalmente es no, no me lo dieron, algunas firmaron y la mayoría no firmó, directamente considerado de rutina...” (Trabajadora social de planta – N° 7).

A: ¿desde cuándo se hace acá en obstetricia el test VIH para las embarazadas?

E: mhm / eh ((en voz muy baja)) es todo un tema, todo un tema, sé que se implementa hace mucho tiempo el tema es como se ha implementado quizás (...) con qué modalidad, cómo se trabaja el tema del testeo, todavía digamos se sigue luchando por eso, ¿no? por trabajar lo que implica el consentimiento de informar y no cumplir con una mera rutina (Trabajadora social de planta, N° 9)

La devolución del resultado del test, como veremos en el próximo capítulo, tiene un circuito diferencial del de los otros análisis prenatales, tal como lo requiere la legislación vigente. Si el resultado es negativo, la mujer debe retirarlo en un consultorio que funciona todos los días a partir de las diez de la mañana en un box del laboratorio y es atendido por un grupo de trabajadoras sociales que rotan los distintos días de la semana. Cabe señalar que la difusión de este consultorio está a cargo de las trabajadoras sociales y se limita a varios afiches confeccionados manualmente colgados en los pasillos del laboratorio y en la sala de espera del centro obstétrico, antes de finalizar nuestro trabajo de campo la trabajadora social a cargo desde el comienzo del consultorio había negociado con los empleados administrativos que atienden en ventanilla de laboratorio enganchar al papel para retirar todos los estudios prenatales, una hoja con los horarios de funcionamiento del consultorio de entrega de resultados de VIH. No obstante, tal como el jefe del departamento materno infantil nos manifestó en una entrevista informal, una preocupación de las autoridades es el gran número de resultados negativos de análisis para VIH que quedan sin retirar.

Para el caso de que el resultado fuese positivo la devolución sigue otras vías, ya que se le envía a la mujer una citación por carta solicitándole que se presente en el hospital los días en que funciona el consultorio del médico obstetra encargado de “alto riesgo” que es quien se encarga de la atención de las mujeres embarazadas viviendo con VIH.

En las consultas de orientación las profesionales, aun sin mencionar que se le está solicitando un test para VIH, ni tampoco el circuito diferencial de entrega de resultados, pusieron especial cuidado en relevar la dirección y el teléfono de la mujer para que en caso de que el resultado resulte positivo, se le envíe la citación por carta para presentarse en el hospital. En el siguiente extracto de registro de campo esta modalidad se pone en evidencia:

La obstétrica le pidió el documento a la mujer, que hacía dos meses que había llegado de Bolivia. Luego le preguntó: nombre completo, edad, fecha de nacimiento y domicilio. La mujer contestó a lo primero pero no contestó su dirección, la obstétrica insistió nuevamente.

Obstétrica: ¿Dónde vivís?

Mujer: En Floresta.

Obstétrica: ¿En qué calle?

Mujer: ...

Obstétrica: No sabés en qué calle ¿no? ((mirándome a mí)) ¿ves lo que te digo? Ahora yo no puedo pedirle el VIH porque para pedirselo necesito la dirección porque si es positivo se la notifica por carta. ¡Qué barbaridad!

Después de terminar con las preguntas y revisarla, la obstétrica y la mujer se sentaron en el escritorio, la primera preparó las órdenes sin dejar de quejarse por no tener la dirección.

Mirándome a mí dijo: ‘de todos modos le voy a pedir el VIH aunque sea por nosotros, para que quede asentado en la historia’. (Registro de campo, 14 de febrero del 2005)

A partir de lo expuesto hasta aquí, podemos señalar que “el gran cambio” invocado por el médico obstetra, citado al comienzo de este apartado, se refiere a la incorporación como rutina de la prescripción de un estudio que antes se realizaba sólo a personas sospechadas de realizar ciertas prácticas. De este modo, la implementación de la norma se orienta selectivamente a la detección y devolución de los resultados positivos a fin de implementar la profilaxis y los tratamientos necesarios para prevenir la transmisión vertical. Pero omite aquellas otras acciones contempladas en las Recomendaciones y dirigidas al trabajo preventivo (el aconsejamiento y la provisión de información oportuna) y el asesoramiento sobre las características del test. No obstante, desde nuestra perspectiva, esta modalidad de prescripción del análisis debe comprenderse a la luz de las características de la consulta en la cual es solicitado.

La consulta de orientación

El desarrollo de la consulta de orientación está estructurado sobre la base de la historia clínica perinatal redactada por el CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano) (ver Figura N°2). Se trata de un formulario preelaborado, común a todos los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, que establece cuáles son los datos de la mujer

que deben relevarse. La historia clínica perinatal únicamente se abre a aquellas mujeres que tienen una ecografía que verifique su embarazo. En este sentido, la ecografía es considerada como “el” método válido de certificación del embarazo y el único a partir del cual la mujer puede ingresar al sistema de atención del centro obstétrico. Tal como lo muestra el siguiente extracto de un registro de campo:

La mujer que tenía el número 7, entró, saludó y se sentó en el escritorio frente a la obstétrica, que antes de decirle ‘hola’ le preguntó

Obstétrica: ¿estás embarazada?

Mujer: creo que sí...

O: ¿tenés una ecografía?

M: no

O: entonces no sabés si estas embarazada

M: hace tres meses que no me viene, me hice el evatest y me dio positivo

O: pero el evatest no dice si el bebé está vivo o si se mueve, yo no puedo ordenarte los estudios o darte entrada si no sé si el bebé está vivo (Registro de campo, 18 de mayo del 2005)

Una vez certificado el embarazo y su estado, se efectúa el procedimiento para dar entrada a la mujer en el sistema de atención. Más allá de lo variantes de las situaciones particulares, la consulta se encuentra estructurada a partir de tres instancias:

(1) Interrogatorio:

Esta instancia se inicia con el pedido del documento (DNI, CI, pasaporte, cédula extranjera). Para el caso de las mujeres extranjeras, en este momento las obstétricas desplegaron, con distintas modalidades, comentarios sobre las condiciones ‘irregulares’ o eventuales ‘problemas’, como se muestra en el siguiente extracto de registro de campo

Obstétrica: ¿Hace cuanto que estás acá?

Mujer: Cinco años

*O: ¿y porqué no tenés documento argentino? Después de cinco años **tenés que tener documento argentino.***

M: Me piden muchos papeles

O: No, vos ya tendrías que tener un documento argentino. (Registro de campo, 18 de mayo de 2005)

Obstétrica: ¿hace mucho que estás acá?

Mujer: como un año

O: ¿tu marido es paraguayo o argentino?

M: no, mi marido es argentino

*O: Tenés que hacer urgente el trámite por el documento argentino, **porque si no después vas a tener problemas con el bebé***

M: ¿por qué? ((se altera bastante))

*O: porque acá en Capital es así, si no tenés el documento argentino **se te retiene el documento del bebé, y no podés llevártelo, sino andá a tenerlo a Provincia que allá no es problema** (Registro de campo, 27 de abril de 2005)*

Las mujeres inmigrantes fueron sometidas reiteradamente a preguntas sobre su situación migratoria, por ejemplo, sobre familiares residentes en su país de origen o en la Argentina, el tiempo de residencia en el país, el tiempo previsto de permanencia. Así hemos relevado comentarios y acciones que implicaban una explícita valoración negativa de su demanda a un hospital público y acerca de su competencia para el logro de un adecuado cuidado del embarazo. Además con frecuencia los documentos de las mujeres inmigrantes fueron examinados con una especial atención, y cuando su autenticidad era puesta en cuestión se les realizaron distintas preguntas ‘confirmatorias’ con el fin de que las mujeres demostraran el conocimiento de los datos. Consideramos que este punto tiene una relevancia central para un posterior análisis, ya que muestra la violencia diferencial a la que son sometidas las mujeres extranjeras. Ante tales escenas, las mujeres a menudo optaron por responder con detalle cada pregunta, sin embargo en ocasiones permanecieron en silencio hasta que la obstétrica desistió, respondieron con monosílabas, o bien dieron datos contradictorios.

Una vez entregado el documento, la obstétrica le pide los datos personales y luego calcula la fecha estimada de parto a partir de la fecha de la última menstruación de la mujer, comparándola con lo estimado en la ecografía. Luego pregunta por los antecedentes médicos y obstétricos personales o familiares que evalúa como relevantes para el embarazo, en

especial se indagan los antecedentes de hipertensión, diabetes, patologías gestacionales, cesáreas previas, cantidad de partos anteriores, antecedentes de pérdidas de embarazo y finalmente si el embarazo fue planeado o no y en ese caso (cómo se encuentra registrado en el cartón de la historia clínica perinatal) cuál fue el “método anticonceptivo que fracasó”. En general esta última pregunta se dirige sólo a confirmar que la mujer no utilizaba ningún método anticonceptivo o que el que utilizaba no lo empleaba correctamente o no era confiable. Frecuentemente se la responsabiliza en caso de un embarazo no deseado.

La obstétrica preguntó si había buscado el embarazo, como la mujer no contestó enseguida, replicó

Obstétrica: ¿querías quedar embarazada o fue de casualidad?

Mujer: No, fue de casualidad

O: ¿Cómo te cuidabas?

M: (...)

O: Usabas preservativo, te cuidabas con los días, tomabas pastillas? ¿qué hacías?

M: Nada

O: Ah! Entonces no fue de casualidad, vos no te cuidaste.

(Registro de campo, 14 de febrero de 2005)

*La obstétrica le preguntó a la mujer si el embarazo fue buscado o no, ante la respuesta negativa de la mujer, la obstétrica le preguntó cómo se cuidaba, la mujer le respondió que con los días a lo que la obstétrica exclamó: “¿¿no sabías que contar los días no es un método seguro?? **A tu edad tendrías que saberlo**”. (Registro de campo, 2 de junio de 2005)*

También se pregunta por los hábitos de la mujer: si fuma, si toma alcohol o consume drogas, en algunos casos aislados se le preguntó por tatuajes y por los hábitos de su pareja, en otros casos las mismas mujeres advirtieron sobre parejas o parientes alcohólicos (como el caso de una mujer que le preguntó a la obstétrica si el hecho que su padre fuese alcohólico podía afectar el curso de su embarazo o producir algún problema en su hijo). Finalmente se le pregunta por su peso antes de quedar embarazada. Todos los datos son asentados en la historia clínica perinatal.

En la mayoría de los casos la interacción entre la mujer y la obstétrica toma la forma de un interrogatorio, donde la obstétrica pregunta siguiendo un formulario preestablecido con la forma de un multiple choice que indica qué preguntar y en cierta medida también qué se debe responder o cuál es la respuesta normal y esperable para una mujer embarazada.

(2) Las mediciones sobre el cuerpo

Generalmente la pregunta sobre el peso antes del embarazo oficia de puente entre el interrogatorio y las mediciones sobre el cuerpo de la mujer. Primero se le indica que pase a la balanza, donde debe pesarse y medirse, esta tarea siempre es delegada en algún estudiante. En dos ocasiones se me pidió a mí que lo hiciera, a lo que desistí. Luego, el estudiante le toma la presión arterial, un indicador fundamental que se toma en cuenta a la hora de hacer la derivación al médico obstetra.

Si el embarazo es de más de cuatro meses se le indica a la mujer que se recueste en la camilla obstétrica, luego la obstétrica le mide con la cinta obstétrica la altura del útero y la compara con una curva de mediciones normales. Este tipo de medición requiere una técnica específica y no se delega por completo en el estudiante, más bien la obstétrica le muestra una o dos veces la técnica y luego supervisa sus mediciones

La obstétrica le pidió al estudiante de medicina que mientras ella completaba los papeles de la historia clínica de la mujer, pesara, midiera y le tomara la altura del útero a la mujer. Una vez que el estudiante tomó la medida, la obstétrica la corroboró. Como la medida parecía ser incorrecta, le explicó sobre el cuerpo de la mujer cómo debía hacerse, 'buscá la pelvis tanteando, como tiene una película adiposa tenés que correr la panza para atrás, y después medís, vos apretá no te hagas problema que al bebé no le pasa nada, para aprender lo vas a tener que hacer muchas veces', después de sacar la medida se fijó en una tabla al dorso de la historia clínica del embarazo que determinaba las medidas estándar según la etapa de gestación. La medida de la mujer según la obstétrica era perfectamente normal. (Registro de campo, 14 de febrero de 2005)

Después de la medición de la altura del útero, la obstétrica escucha los latidos del bebé a través de un pinard. Esta acción también requiere cierta técnica y cierto entrenamiento y su enseñanza y aprendizaje revisten características similares a la medición de la altura del útero

La obstétrica tomó el pinard y escuchó los latidos del bebé. Le dijo al estudiante que escuchara, pero éste no pudo oír nada, afirmando, para la preocupación de la mujer, ‘no escucho nada’. La profesional le explicó la técnica para oír y le dijo ‘sabés qué pasa, yo tengo el oído entrenado ¿sabés los años que hace que hago esto?, ya te va a salir, mirá bien, apoyás en la panza, acercás el oído y soltá las manos, para escuchar tenés que sacar las manos ((le muestra la técnica tres veces))’. El estudiante volvió a intentar sin éxito, la mujer preguntó inquieta si estaba todo bien a lo que la obstétrica dijo que sí. Luego se sentaron nuevamente en el escritorio. (Registro de campo, 27 de abril del 2005)

En la observación de este tipo de ‘ejercicios’ de auscultación y medición es en donde comenzamos a apreciar la fuerza del enfoque “obstétrico”, por el cual la prioridad es el cuidado y la atención del embarazo y donde la mujer embarazada se torna tan sólo en su portadora. Allí está el cuerpo de la mujer como medio, como instrumento, para cualificar y controlar el embarazo y para clasificarlo como embarazo normal o de riesgo. Las preocupaciones y vivencias, las condiciones y modos de vida, así como la situación familiar de las mujeres, sólo se recuperan como posibles indicadores de desviación de la pauta prevista de embarazo saludable.

(3) Las órdenes y la derivación

La consulta finaliza con la organización de los siguientes pasos de la atención.

- Si la mujer se atendía anteriormente en otro lado y tiene los estudios prenatales completos es derivada a un médico obstetra: si los resultados de los análisis presentan indicadores que la obstétrica considera fuera de lo común o si la mujer tiene antecedentes de hipertensión, diabetes u otro antecedente médico significativo, o bien antecedentes obstétricos de patologías gestacionales o más de dos cesáreas se la deriva al médico obstetra de “alto riesgo” que se especialice en su problema particular. En caso contrario es derivada a un médico obstetra denominado en la institución como de “bajo riesgo”.
- Si el único estudio que se había hecho la mujer es la ecografía además de derivarla con un médico obstetra de acuerdo con sus antecedentes, la obstétrica le prepara las órdenes para una batería de análisis a realizarse en el hospital: hemograma y orina completos, VDRL, papanicolao, colposcopia y VIH.

En suma en la consulta de orientación, que dura aproximadamente de cuatro a cinco minutos, se prioriza el ‘cumplir’ con los objetivos pautados institucionalmente: dar entrada a la mujer al sistema de atención, asentar en el formulario de la historia clínica todo lo relevado en el interrogatorio y las mediciones efectuadas sobre el cuerpo y ordenar los pasos subsiguientes aunque sin mencionar cómo se completa el circuito de la atención. Una vez ingresada al sistema por la consulta inicial la mujer ha de permanecer en el mismo, demandando servicios cuya finalidad desconocerá hasta que algún profesional decida lo contrario. Así, por ejemplo, el ‘cumplimiento’ de los objetivos de la consulta no incluye el informar a las mujeres sobre el circuito de devolución de los estudios ni sobre la citación que se efectuará en caso de que el test de VIH resulte positivo.

La determinación de signos y antecedentes médicos y obstétricos ha de servir para tipificar y categorizar los embarazos como “embarazo normal” o “embarazo de riesgo”. Así quedan registrados en el formulario preimpreso de la historia clínica perinatal los antecedentes de enfermedades personales y familiares y algunos hábitos (si la mujer fuma o si toma drogas o alcohol) considerados significativos para efectuar esta clasificación del embarazo. En ese cuadro lo central será la salud y el correcto desarrollo del embarazo, subordinando la condición de la mujer al status de “gestante”.

De esta manera la entrada a y la organización de la atención obstétrica se resuelven de acuerdo con una serie de procedimientos estandarizados según la racionalidad técnico-profesional, institucional e ideológica de la atención médico-obstétrica y dirigidos a “eliminar” los aspectos irracionales y emocionales ‘que eluden todo cálculo’ (Weber, 1985). Simultáneamente, este modo de intervención constituye la rutina de la atención obstétrica y opera un proceso de socialización por el cual las obstétricas desempeñan el comportamiento de rol aprendido en su formación y en su práctica cotidiana y a través del cual afirman su identidad profesional (Menéndez y Di Pardo, 1996) y las mujeres aprenden cómo se espera deben comportarse en tanto pacientes obstétricas de un hospital público.

Es en este marco que el ofrecimiento del test de detección de anticuerpos para VIH queda invisibilizado, incorporado en la rutina. No se trata de falta de capacidad o voluntad del personal de salud para aconsejar o asesorar a las mujeres sobre la realización del estudio o desconocimiento, sino que debe comprenderse en su inscripción dentro de una economía de la atención estandarizada y dentro de la configuración de un sistema de roles legitimados por un ‘modo debido de atención’. En este proceso, el embarazo -en tanto proceso biológico- y su

“producto” se constituyen en el centro excluyente de atención y cuidados en función de la unidad materno-fetal delimitada como objeto de intervención y responsabilidad médico-obstétrica (Tanassi, 2004). La construcción de la paciente usuaria obstétrica supone así, la abstracción de la situación personal y de las condiciones de vida de la mujer, que queda subordinada en calidad de “portadora” del embarazo.

El “problema” del consentimiento informado y el “derecho a infectar”

El siguiente extracto de registro de campo describe el desarrollo de la consulta en la que se prescribe el test. Este es uno de los tres casos en los que se informó a la mujer que se le iba a realizar una serología para VIH. En el consultorio estábamos la mujer, una obstétrica de planta a cargo de la consulta, un estudiante de medicina de la materia Obstetricia de una universidad privada que tiene convenio con el hospital y yo.

Después de realizar un extenso interrogatorio (...) la obstétrica le indicó al estudiante que le tomara la presión arterial a la mujer, mientras ella completaba la copia de la historia clínica sin parar de quejarse por todo lo que tenía que escribir y todo el tiempo que perdía escribiendo (...) Luego imperativamente le dijo a la mujer que pasara a la balanza y la pesó y la midió, después le dijo que se recostara en la camilla y le midió la altura del útero con una cinta obstétrica y escuchó los latidos fetales con un pinard (estetoscopio obstétrico). Después le indicó que se sentara frente al escritorio de nuevo y empezó a escribir unas órdenes de análisis que estaban ya impresas y firmadas. (...) A continuación le pidió que firmara en el reverso de una orden para que autorizara el VIH. Le explicó que el cartón más grande era la historia clínica de su embarazo y que la tenía que llevar siempre que se atendiera y guardó una copia de esa historia en el cajón. Luego le dijo que vaya a ventanilla para solicitar un turno para el 16 de marzo con el médico obstetra que estuviera libre y pedir turno para un papanicolau y una colposcopia, le indicó que después de eso fuese al hall central del hospital y que pidiera turno para los análisis en el laboratorio por un lado y en hemoterapia por otro. Le preguntó si había entendido a lo que la mujer contestó que sí, luego se fue agradeciendo. La consulta duró unos cinco minutos. (Registro de campo, 14 de febrero del 2005).

En el siguiente extracto se presenta otra descripción de la consulta de orientación pero en este caso, el embarazo de la mujer presenta características ‘anormales’.

La obstétrica comenzó, sin siquiera saludar a la mujer, preguntando ‘¿estás embarazada?’; ante la respuesta afirmativa, le pidió la ecografía que certificaba lo que ella decía, luego le pidió el documento y le preguntó la fecha de la última menstruación, el número de DNI, el nombre, el lugar de residencia y la edad (...) la obstétrica continuó con el interrogatorio (...) luego le preguntó si tenía hijos, ella respondió que tenía tres y que los tres los había tenido por cesárea. La obstétrica le dijo que en ese caso debería atenderse con un médico obstetra de alto riesgo quirúrgico. Todos los datos fueron anotados en el cartón de la historia clínica. Después continuó con la rutina: pesó, midió y tomó la presión arterial de la mujer, le preparó las órdenes para los estudios (entre ellas vi la orden para el test de VIH pero no dijo nada ni le pidió a la mujer que firmara) y para la derivación al médico de alto riesgo quirúrgico. La obstétrica le explicó que tenía que pedir turno con el médico en la ventanilla y para los estudios en el hall central del hospital, luego la despidió rápidamente, guardó la historia clínica en un cajón y llamó a la mujer que tenía el número siguiente. La consulta duró unos cuatro minutos. (Registro de campo, 2 de mayo de 2005).

En las ilustraciones etnográficas anteriores, el consentimiento informado aparece como una instancia no problemática o bien no aparece, permanece invisible. Ahora bien, ¿qué sucede cuando el consentimiento informado se hace visible fuera del espacio rutinario que le es asignado?

El siguiente extracto de registro de campo nos muestra una situación extraordinaria: la obstétrica debe retirarse a realizar un trámite personal dentro del hospital y decide dejar a cargo de la consulta a dos estudiantes de tercer año de medicina (de la misma universidad que el estudiante anterior) y a una estudiante de la carrera de obstetricia de la UBA.

(...) Tras cumplir con los pasos del interrogatorio, la estudiante de medicina tomó presión arterial, pesó y midió a la mujer. Mientras tanto los otros dos estudiantes debatían qué exámenes pedir: hemograma, glucemia, ácido úrico, orina completo, hepatitis, VIH. El estudiante de medicina le pidió a la mujer que firmara la orden para el test de VIH y le anotó

el teléfono detrás, le dieron las órdenes y le dijeron que pidiera turno con el obstetra para dentro de 15 días. En eso llegó la obstétrica de planta y pidió ver qué le estaban ordenando, dijo que la hepatitis no se pedía en este caso y que el examen de VIH no tenía que firmarse. El estudiante de medicina dijo que el día anterior habían estado con otra profesional que había hecho firmar las órdenes. La obstétrica de planta dijo que los hacían firmar sólo cuando disponían de un formulario impreso, pero ahora no. (Registro de campo, 27 de abril del 2005).

En la escena etnográfica precedente el consentimiento informado se hace visible a partir de la confrontación de distintos criterios para su implementación en la prescripción del test de detección de anticuerpos. Ante la discrepancia de las modalidades de implementación queda en evidencia su carácter discrecional, sujeto al juicio de cada profesional y a cada situación en particular.

A menudo en las entrevistas con el personal de salud, los mismos médicos obstetras revelaron el carácter problemático del consentimiento informado. Por ejemplo,

E: acá de rutina se pide todo, al principio no se podía pedir, teníamos problemas con la ley

A: ¿en qué año?

E: no me acuerdo, había una ley, ((era un)) problema porque decía que no se podía pedir un HIV sin el consentimiento escrito del paciente

A: bueno pero eso...

E: sigue estando, sigue estando la ley

A: pero eso, ¿vos decís que te obstaculizaba?

E: sí sí sí sí

A: ¿por qué?

E: porque teníamos miedo de pedirlo sin consentimiento y entonces quedaba mal el pedirselo porque qué iba a pensar, porque era vergonzante, como la lepra, hasta que se empezó a ver que si uno trataba a la mujer, el contagio directo al bebé era mucho menor, se empezó a ver eso, entonces ahora nadie duda en pedir tanto sea acá como afuera en los consultorios particulares HIV y no tiene miedo que le hagan juicio por pedir HIV, antes teníamos miedo (Jefe de unidad de internación – N° 3).

En este fragmento de entrevista se marcan dos momentos con respecto a la implementación del consentimiento informado: un primer momento en el que representaba una instancia problemática, incluso amenazadora, en virtud de lo establecido por la ley 23.798 y un segundo momento en el que, pese a la vigencia de la ley, el consentimiento deja de ser un problema en nombre de una razón superior, ‘la salud del bebé’.

El interrogante sería entonces, ¿por qué el consentimiento informado no se implementa en las rutinas diarias, o se aplica de manera discrecional, o bien aparece como una instancia problemática?

Desde el punto de vista legal, el consentimiento informado debería modelar todo el ejercicio clínico ya que “es una de las reglas éticas fundamentales que modelan la responsabilidad médica” (Maglio, 2001: 35). Este procedimiento se fundamenta en “los principios de dignidad, respeto por la autonomía y confianza de las personas (...) (y) las reglas de veracidad y confidencialidad” (ibídem).

Desde esta perspectiva, puede sostenerse que la autonomía está formalizada y se administra en los contextos clínicos en la forma del consentimiento informado (Margulies, 2005b). La autonomía, en este marco, se fundamenta en las nociones de libertad y la igualdad de las personas y en el presupuesto de que los individuos son capaces de expresar y afirmar decisiones autodeterminadas. El consentimiento informado se presenta entonces, bajo la forma de un contrato entre individuos supuestamente libres e iguales que realizan un intercambio en el marco de la práctica clínica: a cambio de información y/o asesoramiento el paciente ‘elige’ autorizar el procedimiento. Así, tiende a ignorar las condiciones sociales, políticas y culturales de su aplicación: la desigualdad de poder entre los participantes, en su competencia lingüística, en sus posibilidades de acceso a la atención médica (ibídem.)

Ahora bien, hemos visto que desde el ingreso mismo al sistema de atención obstétrico se constituye un lazo entre madre-hijo, en el cual la mujer-madre queda subordinada a la búsqueda del correcto desarrollo del embarazo, único objeto de cuidado y protección, abstrayendo su situación biográfica y sus condiciones de vida. En este marco la implementación del consentimiento informado en el ofrecimiento del test de Elisa para VIH tensiona las rutinas e interacciones habituales. El siguiente fragmento de una entrevista con un médico residente del servicio de obstetricia ilustra esta tensión:

*“... (una) cosa que para mí es fundamental que tiene que cambiar de alguna forma con el tema del HIV, es la ley, la necesidad de consentimiento de la paciente ((para realizarse el test)), porque todo lo que vos quieras, ahora una paciente embarazada, no es la dueña del hijo y si el hijo corre riesgo lamentablemente, quiera o no, hay que sacarle el HIV igual, para mí hay que sacarle igual (...) **¿qué derecho tiene ella para infectar a su hijo?** o sea legalmente una paciente embarazada puede decir no, y que nazca el chico (...) habría que cambiar urgente la legislación en ese sentido porque no puede ser que una mujer embarazada que decida qué estudio que se va a hacer porque yo lo estudios que le voy a hacer se los hago por el hijo, no por ella...” (Médico residente de tercer año – N° 15).*

En este fragmento, el derecho de autodeterminación que expresa el consentimiento informado se transcribe como ‘derecho a infectar’. Aquí el médico traduce el valor moral de la libertad y la autonomía en los términos que rigen la construcción biomédica de la paciente-usuaria obstétrica: a saber, el cuidar y proteger al embarazo, por sobre todas las cosas, incluida la voluntad o el deseo de su ‘portadora’.

Simultáneamente el testimonio citado remite a la necesidad de que el médico obstetra vele por la salud del niño, presentando así el requerimiento de tutela médica ante la incapacidad, ignorancia o negligencia de la mujer-madre. Este punto refiere a la persistencia de un modelo histórico de concebir desde el Estado la práctica obstétrica que se desarrolló en nuestro país a partir de los inicios de la insitucionalización de la atención biomédica del embarazo, el parto y el puerperio y que sostiene, no sin contradicción, tanto el carácter ‘natural’ de la relación “indisoluble madre-hijo” y del instinto maternal femenino, como la necesidad de que las mujeres lo construyan, descubran o repongan siguiendo el consejo y la guía del médico obstetra, poseedor del único saber legítimo en la materia (Nari, 2004).

Siguiendo esta línea podemos señalar que el consentimiento informado no sólo tensiona las rutinas y prácticas habituales de atención, sino que también pone en cuestión el rol tutelar, que según el modelo tradicional y hegemónico, debe desempeñar el médico obstetra sobre la salud del embarazo-niño

La implementación de las leyes y recomendaciones -que describimos en el capítulo III, requirieron la adopción de una serie de cambios en los procedimientos habituales de

atención obstétrica. En el nivel de la población general esto implicó la universalización del ofrecimiento de la serología para VIH y la implementación del consentimiento informado. Como vimos en este capítulo estas dos instancias se inscriben en la estructura rutinizada de la consulta en la cual se implementan. No obstante su inscripción en la rutina habitual, la solicitud del consentimiento informado resulta problemática y/o confusa. En esta línea hemos sostenido que se despliega en una tensión entre los valores que él mismo expresa, esto es los correspondientes al discurso sobre los derechos y a “cuestiones de proceso legal que focalizan en personas legales (...), sus derechos, obligaciones y capacidades (...) enfatizando los derechos individuales y las responsabilidades de los distintos actores legales” (Barnett y Whiteside, 2002: 73-74) y los valores que se ponen en juego en la atención obstétrica asociados al papel tutelar y de control que el médico obstetra y el sistema médico-obstétrico ejercen con relación al correcto desenlace del embarazo.

Entendemos que lo desarrollado en este capítulo con respecto a las modalidades de prescribir el test de detección de anticuerpos para VIH es de suma relevancia a la hora de analizar la organización y prácticas de atención al VIH en la división de obstetricia, en especial en lo referido a la entrega de resultados del test, tema que sobre el que tratará el próximo capítulo.

Capítulo VI

Los circuitos de devolución de resultados del test de detección de anticuerpos para VIH

El ofrecimiento universal del test para VIH de acuerdo con lo pautado por las leyes nacionales y las distintas recomendaciones no sólo implica la prescripción del análisis dentro de los controles prenatales y la solicitud del consentimiento informado sino que requiere del establecimiento de un circuito de entrega de resultados diferente del de otros análisis que son retirados directamente por la mujer en la ventanilla del laboratorio.

El decreto 1244 del año 1991 que reglamenta la ley nacional de SIDA, en el artículo 8 establece que los resultados positivos de la serología para VIH deben ser devueltos por “los médicos tratantes”, garantizando la confidencialidad del resultado e informando sobre “el carácter infectocontagioso” del VIH, “los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada”. Ni en el cuerpo de la ley, ni en decreto que la reglamentó se hace referencia a la devolución de resultados negativos.

Durante el período 2000-2001, desde el grupo de trabajo del proyecto LUSIDA desarrollado en el marco del Ministerio de Salud de la Nación, se intentó presentar un proyecto para modificar este aspecto de la ley de SIDA, aunque sin éxito. Desde la perspectiva del funcionario de la Coordinación SIDA entrevistado, quien participara de este intento de reforma, este cuestionamiento se fundamenta en la importancia del asesoramiento posterior al análisis y la dificultad de los médicos para realizar una buena devolución y *counseling* post test.

En la ciudad de Buenos Aires con las “Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical” de noviembre de 2002 se plantean nuevas pautas en lo que refiere a la entrega de resultados del test. En primera instancia, se introduce la figura del “consejero” como aquel capaz de hablar, escuchar y aconsejar y de establecer un “vínculo de confianza, esencial para el desarrollo del aconsejamiento” (Recomendaciones..., 2002). Si bien se requiere que el consejero “tenga conocimientos actualizados en VIH/SIDA y ETS” (Enfermedades de Transmisión Sexual), no necesariamente debe ser personal médico, pudiendo estar a cargo de las actividades de conserjería “trabajadores de salud capacitados en

conserjería” y “miembros de la comunidad y de organizaciones civiles entrenados y capacitados en conserjería”²⁶.

En segundo lugar, tanto en las “Recomendaciones...” del 2002, como en la actualización del 2004, se especifican las modalidades de devolución de resultados y de asesoramiento posterior al test. De modo general, se establece que en la instancia posterior al test, cualquiera sea el resultado debe reforzarse y discutir información sobre el significado del resultado del test, el modo de transmisión del VIH, las medidas de prevención. En particular, instala el asesoramiento posterior al test en la entrega de resultados no reactivos, como un espacio donde se pueda discutir con la paciente el significado del test y se evalúe la necesidad o no de realizar nuevamente la prueba²⁷ y fundamentalmente como una instancia dirigida a la prevención a fines de “facilitar la gestión del riesgo que implica el proceso afectivo e intelectual de evaluación de la propia vulnerabilidad respecto a adquirir la infección y la forma de adquirir la forma de prevención más adecuada para cada situación en particular.”. En relación con el asesoramiento posterior al test, el funcionario entrevistado señaló:

“... si es negativo, bueno, nos interesa que al devolverlo que haya asesoramiento para que en el próximo embarazo no vuelvan infectadas...” (Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)

Aunque no está contemplada formalmente por la ley nacional, la actual gestión de la Coordinación SIDA considera que la devolución de resultados negativos y el asesoramiento posterior son instancias fundamentales de prevención a nivel general; en esta línea, existe una fuerte insistencia y presión desde el nivel del organismo para su implementación en los servicios de obstetricia de la ciudad

“...el post test es la devolución del resultado, la mayoría van a ser negativos pero en esos son en los que hay que actuar para que hagan prevención y se cuiden, digamos que después no vengan infectados (...) en algunos hospitales se entregan solamente los positivos, los negativos no los entregan, se preocupan frente a un positivo y no frente a los negativos, esto ocurre acá en la ciudad de Buenos Aires en hospitales importantes, nosotros seguimos insistiendo, nosotros queremos y estamos trabajando fundamentalmente en zona sur en las maternidades...” (Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)

Finalmente, en el caso del asesoramiento en la entrega de resultados reactivos (confirmados por el test Western blot) se establece la necesidad de:

- * proporcionar información sobre los tratamientos disponibles para controlar la infección, las medidas para prevenir la transmisión vertical, los derechos y las formas de prevención de infecciones y reinfecciones,
- * evaluar la necesidad de ofrecer el test a sus parejas o ex parejas o hijos y
- * en especial abrir un espacio de escucha, contención y “apoyo psico-social a quienes necesitan manejar episodios de crisis asociados al diagnóstico”

Aunque en las “Recomendaciones...” (2002, 2004) se señala que la ley nacional de SIDA establece que en la devolución de los resultados positivos debe estar presente un médico junto al consejero, este aspecto es cuestionado por el funcionario entrevistado a partir de la evaluación de las habilidades de los distintos profesionales para lograr una instancia de asesoramiento y escucha. Así relata esta experiencia

“...con las obstétricas nos encontramos que son mucho más receptivas, son las capaces de hacer asesoramiento (...) ante la ley como está redactada no lo permitiría, pero estamos suavizando el aspecto de la ley ignorarlo un poquito y hicimos cursos de capacitación para obstétricas tanto para residentes como para todas las obstétricas de todos los hospitales eso este año...”

Más adelante en la entrevista planteó

*“...ellas (las obstétricas y las trabajadoras sociales) son las únicas que le hablan a los pacientes, los médicos no le hablan, para hacer un asesoramiento hay que decirle algo más que firme tanto, hágase esto, entonces el núcleo son obstétricas y las trabajadoras sociales; en otro lugar, en varios lugares, logramos que las obstétricas lo estén pidiendo, incluso devolviendo resultados, tratamos de (...) **flexibilizar esa norma** (...) (esto) tiene que ver con la práctica y no con lo que piensan los que elaboran la ley...” (Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)*

En este sentido, aunque la ley nacional no pudo modificarse formalmente en el período 2000-2001, se ha ido proponiendo un proceso de “flexibilización” de la norma en función de los requerimientos de las prácticas de detección de infecciones.

A pesar de que las “Recomendaciones...” no tienen formalmente el mismo carácter jurídico de una normativa, y este aspecto fue subrayado en la entrevista

“...son una serie de recomendaciones de manejo de embarazo, estas no son normativas, son recomendaciones ((ríe levemente)) normativas parece más... y en realidad se recomienda hacer eso...”

De hecho cuentan con apoyo legal y político

“...como instrumento legal son recomendaciones, pero con apoyo legal y que salen con el apoyo de la secretaría de salud...”

y su implementación es monitoreada desde el nivel de la Coordinación SIDA

“...hay un grupo que se ocupa de eso (del monitoreo) en los hospitales, que recorren los hospitales y uno de los puntos a recorrer específicamente son las maternidades, y ver qué se está haciendo, trabajar con las maternidades, tanto con los médicos como con las obstétricas, trabajar con esta temática, qué pasa con el aconsejamiento (...) en general en las reuniones se trata de ver cuál es el recorrido institucional una mujer viene embarazada, qué recorrido tiene que hacer en el servicio para que le pidan el VIH, para que se lo devuelvan, para que venga a tener el chico, si es positiva a dónde va, qué le hacen, dónde se hace los estudios...”
(Funcionario Coordinación SIDA – N° 16)

En este sentido, este cuerpo de pautas y recomendaciones constituye una herramienta de imposición y presión desde el nivel normativo central a las dependencias de salud, que media la implementación de la ley nacional de SIDA y que instala nuevos aspectos a ser contemplados, como el asesoramiento en la entrega de resultados negativos.

En este capítulo analizaremos las diversas modalidades de implementación de estas leyes y recomendaciones en lo que respecta a la entrega de resultados de la serología para

VIH en el centro obstétrico. En primer lugar analizaremos los circuitos institucionales establecidos para los resultados del test sean reactivos o no reactivos. Entendemos que este análisis abrirá la posibilidad de adentrarnos en la complejidad de la organización del trabajo en el interior de la institución y en la compleja trama de disputas, alianzas y tensiones que atraviesan la gestión de las recomendaciones en los contextos asistenciales.

Como señalamos en el capítulo anterior en el servicio de obstetricia donde realizamos la etnografía existen circuitos específicos para la entrega de resultados de los test de anticuerpos para VIH. Así, si el resultado es reactivo se le envía a la mujer una citación por carta para que se presente en la maternidad del hospital y se contacte con el médico obstetra de “alto riesgo” y si el resultado es no reactivo la mujer deberá retirarlo de un consultorio atendido por trabajadoras sociales que funciona todos los días a partir de las diez de la mañana en un box del laboratorio.

Los resultados reactivos

Como ya señalamos, un resultado reactivo en la primera prueba Elisa no es definitivo sino que requiere de dos test confirmatorios de distinta sensibilidad. En el centro obstétrico ante un primer resultado positivo se le envía a la mujer una citación por carta²⁸ para que se presente en el consultorio de “embarazo de alto riesgo” que funciona una vez por semana, allí se le solicitarán las pruebas confirmatorias.

*“... lo que hacemos es citar a la paciente, no esperamos que paciente vuelva al consultorio que tenía que ir que le envió la obstétrica (...) esto es, cuando la paciente no se sabe HIV positivo, entonces la citamos por carta (...) viene la paciente, le explico la situación, comentándole, bueno lo que ha dado el resultado, que no es ciento por ciento seguro, pero que necesitamos sacarle sangre nuevamente y que le vamos a hacer un segundo Elisa, y si el segundo Elisa da positivo la norma dice hacer un Western blot que es el específico y el cual no tiene un falso positivo y es ciento por ciento seguro, y a partir de allí si es positivo se sigue atendiendo conmigo en embarazo de alto riesgo y bueno, y **si da negativo bueno, mejor, obviamente...**” (Médico obstetra de “alto riesgo”- N° 10)*

Según lo expresaron distintos profesionales, el funcionamiento de este mecanismo está pautado y estandarizado, en ningún caso hicieron mención de algún tipo de inconveniente ocurrido o que pudiera generarse, así como tampoco manifestaron haber dejado de devolver algún resultado reactivo.

*“... el que es positivo, se centraliza viste (...) ya tenemos nosotros normatizado, cuando hay un reactivo, viene acá, y me lo entrega a mí, le preparamos una carta, que siempre dice lo mismo (...) “solicitamos que usted se presente en el hospital maternidad primer piso, doctor tanto, de lunes a viernes de ocho a doce, por problemas con un análisis”, **chau** (...) y se contacta, y viene la paciente...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)*

Cuando nos presentamos con la coordinadora de obstétricas y planteamos los objetivos de la investigación, ella enseguida nos relató las modalidades de devolución de resultados reactivos de pruebas Elisa, nos dijo que en ese caso el procedimiento es que de laboratorio llega al servicio y ella misma se encarga de enviar una carta modelo (nos mostró el formulario con los espacios vacíos para completar con el nombre y apellido de la mujer y con los días que debe presentarse) para citar a la mujer los lunes a la mañana que funciona el consultorio de alto riesgo (...) luego nos dijo que en caso de que el diagnóstico se confirmara, el médico de alto riesgo también la derivaría a infectología. (Registro de campo, 17 de noviembre de 2004)

Sin embargo, deben hacerse algunos señalamientos con respecto al funcionamiento de este circuito. En primer lugar con relación a los días en que se cita a las mujeres para que vuelvan a realizarse el estudio. En las entrevistas y de las conversaciones informales con los distintos profesionales no obtuvimos certeza alguna sobre los días en que se citaba a las mujeres en la maternidad ante un primer resultado positivo; en ocasiones manifestaron que se citaba de lunes a viernes, en otras oportunidades (incluso en el curso de una misma conversación con la misma persona) dijeron que se citaban los lunes. Este punto no es menor, ya que tendrá consecuencias para las mujeres, no sólo en lo relacionado con los tiempos de espera hasta que le comuniquen el motivo de la citación sino también con respecto a la solicitud de las pruebas confirmatorias. Así, una trabajadora social señaló:

“... cuando llega al hospital no es que inmediatamente se le hace la extracción sino que va con el médico que está a cargo de alto riesgo y él es el encargado de darle la devolución y de seguir con las extracciones, hasta tanto se confirme que es el VIH (...) pero él atiende nada más que UN ((énfasis de la entrevistada)) día a la semana. No se le hizo extracción, sigue esperando a ver por qué la llamaron y nadie le dio la información (...) le dicen que tiene que presentarse en el hospital en un determinado horario, pasar por primer piso por donde está la jefa de obstétricas y le dicen que tiene que venir el día lunes en el horario de alto riesgo, nada más que eso. Es decir que si la mujer vino un martes, hasta el lunes tiene que estar esperando, (a ver) por qué motivo tiene que pasar a alto riesgo, mientras tanto tampoco se le hace la extracción para confirmar (...) si llegó un martes tiene que esperar hasta el lunes con esa ansiedad de saber por qué la pasaron a alto riesgo, y no ganando tiempo para hacer la extracción para saber si se confirma o no, porque es un primer Elisa...” (Trabajadora social de planta – N° 7)

Además debemos destacar que en la carta de citación no se hace mención a la necesidad de presentarse con ocho horas de ayuno que es el tiempo requerido para la realización del test. Por lo tanto, la mujer que acude a la citación deberá retornar al hospital al menos una vez más, antes de realizarse las pruebas confirmatorias.

En segundo lugar, cabe preguntarse si la efectividad del sistema de citación por carta es de un cien por ciento como manifestaron los profesionales citados en las entrevistas; esto es, ¿puede extraviarse o quedar sin devolver algún resultado reactivo?. Más allá del relato de una trabajadora social quien citó dos casos de resultados reactivos que quedaron sin devolver, los límites de este tipo de sistema de notificación pueden presentarse a partir de la experiencia de una de las mujeres que entrevistamos y que fue diagnosticada durante el embarazo²⁹. Esta mujer comenzó a atenderse en una salita de cercana a su domicilio a los tres meses de gestación, tras confirmar su embarazo en una maternidad pública, allí le prescribieron los estudios prenatales entre los que estaba el análisis para VIH. Debe subrayarse que no le avisaron que le estaban pidiendo el test y tampoco le solicitaron el consentimiento para su realización. Fue recién en el octavo mes de embarazo, cuando volvió a la salita, que se enteró del resultado del test.

A: cuando te dieron el resultado ¿te avisaron por teléfono, te mandaron una carta?

E: (...) (la médica) dice que me fueron a buscar a donde yo estaba viviendo porque esos días me estaba trasladando de casa, no estaba ahí, me fueron a buscar y debe ser que no vivía ahí, yo me fui (al centro de salud) (...) y me dicen 'te estábamos buscando no te hemos encontrado'

A: ¿ahí te ubicó en la misma casa o fue cuando volviste a la salita?

E: cuando yo fui a la salita, ahí recién supe (...)

(E26 - II)

A partir del relato y de la trayectoria de esta mujer, podemos señalar los problemas que pueden presentarse ante esta modalidad de devolución del análisis; en especial considerando que la mayoría de las mujeres desconocen tanto que se les está ordenando el estudio como la modalidad de citación en caso de que sea positivo.

Ahora bien, dado el caso de que la mujer reciba la citación y se presente en el primer piso de la maternidad en el día correcto, ¿cómo se efectúa la devolución del resultado? Distintas profesionales (ninguna con cargo jerárquico en la división) se manifestaron críticamente con respecto a la modalidad de entrega del primer resultado reactivo.

"... cuando se pide la segunda muestra a veces es atendida en un pasillo, le dicen 'bueno mirá te dio mal entonces hay que hacer el segundo para ver si se confirmó, me venís a ver después te lo damos y después te vas a infecto' entonces queda totalmente desprotegida esa mujer (...) de alguna manera yo siento que de esta manera expulsamos..." (Trabajadora social de planta – N° 18)

"...cuando es positivo ese es el problema (...) a la paciente (...) la citan y le dicen que tiene que pasar a buscar los resultados y por ahí no funciona, no hay un lugar físico donde haya un profesional asignado para darle el HIV positivo, entonces esta es una carencia (...) tenés que preguntar por uno de los médicos que hace alto riesgo, te dicen tal médico tiene tu análisis, vos vas y preguntás 'doctor, doctor, discúlpeme un segundo', mientras el médico va caminando, 'soy tal paciente usted tiene mi análisis', 'ay sí, resulta que el análisis te dio mal lo tenemos que confirmar' (...) te dicen en el pasillo que por ahí cabe la posibilidad de que seas portadora de VIH y que tu vida se transforme a partir de ahí..." (Obstétrica residente – N° 20)

En relación con el caso descrito por la obstétrica en el último fragmento, a lo largo de nuestro trabajo de campo pudimos observar repetidas veces cómo las mujeres ante determinada situación deben rastrear el paradero de los profesionales en todo el hospital para luego ser atendidas rápidamente en los pasillos o bien ser derivadas a otro profesional (que quizás fue quien la atendió en primer lugar).

Mientras aguardaba que terminara el pase de guardia en la secretaría de la maternidad, una mujer esperaba conmigo en la puerta de las oficinas; estaba embarazada (y parecía ser un embarazo avanzado) y tenía una carpetita en la mano. En seguida vino la mujer vigilante y casi gritando dijo que no se podía estar ahí, les dijo a las mujeres que estaban esperando en ecografía que se tenían que ir. Después le preguntó de mala gana a la mujer que estaba esperando conmigo a quién buscaba, la mujer respondió que al Dr. X. y que la mandaban de la guardia porque tenía que internarse. En un tono completamente distinto, la vigilante me preguntó a quién esperaba, le dije que a la coordinadora de obstétricas, luego se fue y desde su escritorio frente a la puerta de vidrio les gritaba a los que estaban en el sector de la escalera que la puerta de vidrio debía estar cerrada. En eso pasó un médico canoso, la mujer le preguntó si era el Dr. X., el hombre, muy simpático dijo 'ni Dios lo permita', la mujer dijo que se lo había confundido porque le dijeron que el doctor X era alto y canoso. El médico dijo que seguramente estaba adentro, luego entró a la oficina. Noté que la mujer le preguntaba a cada médico o médica que pasaba por el Dr. X. (...) Enseguida el médico canoso salió y le dijo a la mujer que el doctor X estaba adentro, después se fue. Le dije a la mujer que el doctor X además tenía barba y que si lo veía se lo iba a señalar. (...) Cuando salió X se lo señalé a la mujer que lo buscaba, ella lo llamó y le explicó que la enviaba el médico de guardia porque tenía que internarse. X le dijo que no tenía que hablar con él, sino que el mismo médico de guardia la iba a internar (fue muy obvio cómo trató de sacarse de encima el problema) y se fue sin darle tiempo a que le respondiera. La mujer me miró con cara de fastidio y se fue mientras murmuraba '¡qué quilombo!'. (Registro de campo, 13 de abril de 2005)

Más allá de que este no se trata de un caso de citación por el resultado del análisis de HIV nos interesa señalar que la modalidad que narra la obstétrica en la entrevista se inscribe en una forma habitual de funcionamiento de la división de obstetricia.

En las entrevistas, estas dos profesionales -una de las cuales trabaja en la entrega de resultados no reactivos- se manifestaron interesadas en generar otro tipo de espacio para la devolución de resultados reactivos

“... nosotras entregamos cuando es un no reactivo, un reactivo no nos es permitido por ahora entregar esos, tiene otra vía (...) nosotros en sí hemos pedido para poder hacerlo pero bueno, como lo está manejando exclusivamente obstetricia de alto riesgo, digamos lo que yo se que sucede es que cuando hay un reactivo, laboratorio a veces nos informa a nosotros y nosotros le informamos a la jefa de obstétricas y ella se encarga de llamar a las pacientes para que vengan y les dice que tienen que venir a hacerse sacarse sangre nuevamente y que tienen que venir los días lunes al consultorio de alto riesgo (...) una vez que está todo confirmado se la deriva a infectología (...) como nosotros vemos que esta mujer está como pasando por una cinta y por otro lado nadie la contiene es como que teníamos interés de meternos nosotros (...) es todo una situación difícil...”(Trabajadora social de planta - N° 18)

Incluso haciendo referencia a algunos casos aislados en los cuales tuvieron por azar la oportunidad de implementar una modalidad diferente de entrega.

“... yo soy partidaria de otro tipo de atención llamo a la paciente, si engancho uno, llamo a servicio social, llamo al médico busco un lugar físico, y entre todos hablamos de esto que le está pasando a la paciente que es enterarse de que realmente el análisis le dio positivo, que esto no implica que sea el cien por ciento que esté infectada pero que tiene que hacer hacerse un Western blot para confirmar, muchas veces yo para hacer las cosas mas sencillas le saco sangre en el momento hablo con la médica que hace los análisis confirmatorios que es la doctora (...) que es una persona muy especial también y le digo que le estoy haciendo un Western blot y un segundo Elisa para confirmar y el Western blot a la paciente y le pregunto para cuándo me va a tener el resultado entonces vuelvo a armar el consultorio este ((risas)) ambulatorio (...) para que le demos el resultado junto al médico y a servicio social y se la contacte con infectología que va a ser quien van a dar el tratamiento (...) está mal que no

haya un lugar físico donde el médico este se pueda sentar a hablarle y darle importancia a informar de un HIV positivo, aunque no es confirmatorio (...) si este médico no está capacitado que haya todo un equipo, que haya toda una infraestructura para que bueno este paciente que viene a informarse o a retirar un HIV positivo sepa, con un asistente social, una antropóloga, una obstétrica, otra persona que lo pueda contener...” (Obstétrica residente – N° 20)

En el comienzo de este apartado citamos un fragmento de entrevista con el médico obstetra de alto riesgo que nos decía “ya tenemos todo normatizado” para la devolución de resultados reactivos del test para VIH y luego describía “...cuando hay un reactivo, viene acá, y me lo entrega a mí, le preparamos una carta, que siempre dice lo mismo (...) “solicitamos que usted se presente en el hospital maternidad primer piso, doctor tanto, de lunes a viernes de ocho a doce, por problemas con un análisis”, **chau** (...) y se contacta, y viene la paciente...”. En el fragmento citado más arriba el médico señalaba qué sucedía luego de realizar las pruebas confirmatorias “...si es positivo se sigue atendiendo conmigo en embarazo de alto riesgo y bueno, y **si da negativo bueno, mejor, obviamente...**”.

En este sentido, cabe preguntarse qué sucede con la mujer embarazada que durante al menos diez días³⁰ aguarda el resultado de las pruebas confirmatorias suponiendo la posibilidad de estar infectada³¹; y cuáles son las consecuencias para una mujer que recibe la confirmación de un diagnóstico de infección por VIH, ¿continuar la atención del embarazo en el consultorio de “alto riesgo”? La “normatización” de la que habla el médico obstetra se orienta básicamente a citar a la mujer para que en caso de que esté infectada con el VIH se efectúe el seguimiento y tratamiento correspondiente para evitar la transmisión vertical, por ello se encuentra a cargo del consultorio obstétrico de “alto riesgo”. Desde nuestra perspectiva, este proceso es parte de lo que en el capítulo anterior hemos denominado como “construcción de la paciente usuaria obstétrica”. De este modo, la “normatización” de la devolución de resultados reactivos excluye la experiencia y el sufrimiento de las mujeres que reciben un diagnóstico (se confirme o no) de infección por VIH en el curso de un embarazo y hace foco en la categorización del embarazo como de “alto riesgo”, delimitado éste como el objeto de intervención médico obstétrico.

Sin embargo, la “normatización” del circuito de devolución enunciada en las entrevistas, no implica de hecho, como hemos visto, que en la práctica los procedimientos se

desarrollen homogéneamente. Antes bien, lo que hemos relevado es una amplia diversidad de situaciones en las cuales se ponen en juego una serie de disputas, tensiones y pujas entre los profesionales, que en ocasiones posibilitan la gestión de modalidades distintas de devolución. Mientras tanto las condiciones en que las mujeres reciben un diagnóstico positivo de infección por VIH (confirmado o no) se encuentran sujetas a una serie de variables discrecionales. Se presenta entonces discursivamente un modelo ideal, o acuñando el término de Malinowski una “*ficción legal*”, que enuncia lo que los profesionales suponen que “debe ser”. El análisis de estas “*ficciones*” relatadas por los profesionales es de suma relevancia ya que estas prácticas narrativas (Good y Delveccio Good, 2000) son una dimensión integral del proceso de construcción del objeto de intervención médica. En las entrevistas, los profesionales relatan los procedimientos debidos a la hora de entregar un resultado reactivo y presentan el circuito institucional establecido; en este proceso, a través de inclusiones (por ejemplo el seguimiento del embarazo en alto riesgo) y exclusiones (por ejemplo la experiencia de la mujer que recibe el diagnóstico), se constituye a la vez el objeto de la práctica médico obstétrica delimitado en el embarazo.

Los resultados no reactivos

El funcionamiento del consultorio de entrega de resultados no reactivos en el box del laboratorio todos los días a partir de las diez de la mañana fue una innovación sucedida en los últimos meses de nuestro trabajo de campo. Así, pudimos relevar distintas modalidades previas de entrega.

Cuando el ofrecimiento del test empezó a extenderse de “las candidatas” a todas las mujeres que se atendían en el centro obstétrico el médico encargado del seguimiento del embarazo debía retirar el resultado del laboratorio y devolvérselo a la mujer en la consulta de control. Esta modalidad presentó serias dificultades, por lo que se modificó poniendo una carpeta en el centro obstétrico (lugar donde funcionan los consultorios externos) donde se encontraban todos los resultados disponibles que debían ser retirados por los médicos en las consultas de control. Así, lo señala la jefa de laboratorio

“... tratamos de mejorar el circuito de Obstetricia y poner esta carpeta en el centro obstétrico, porque por ahí el médico que está atendiendo a la paciente no baja al laboratorio y demás, entonces para que quede con mayor, mejor accesibilidad no sólo para el paciente

sino para el profesional que la está atendiendo en ese momento...” (Jefa de Laboratorio – N° 13)

A pesar de este cambio, el problema de la devolución de los resultados negativos persistió, quedando una cantidad significativa de análisis no reactivos en la carpeta del centro obstétrico y sin devolver a las mujeres. Este problema fue percibido por las autoridades del servicio materno infantil que acudieron a servicio social para resolverlo.

“... la jefatura de obstetricia (le) solicita al servicio social algo así como que busquemos a las mujeres porque las mujeres no vienen a retirar los VIH, por supuesto que era una tarea que más bien era imposible...” (Trabajadora social de planta – N° 7)

Sin embargo la misma trabajadora social señaló que simultáneamente en diciembre de 2002 surgió la propuesta de una residente del servicio social que había rotado en Coordinación SIDA de hacer un consultorio de *counselling* post test en uno de los centros de salud dependientes del área programática del hospital. Así se generó un consultorio atendido por dos trabajadoras sociales y una residente obstétrica que se encargaría de la devolución de los resultados no reactivos, con el objetivo de realizar el asesoramiento posterior al test.

“... la idea es brindar información sobre lo que significaba el análisis, las vías de transmisión, los cuidados que hay que tener, y bueno, y hablar un poco sobre esto que es la transmisión vertical...” (Trabajadora social de planta – N° 18)

El consultorio entregaba los resultados dos días a la semana en un consultorio del centro obstétrico en el horario de 11 a 14 horas. Desde la perspectiva de una de las encargadas del consultorio considerando los horarios con que habitualmente se maneja el hospital el horario asignado resultaba de incomodidad:

“...el horario también es bastante especial, porque te cae justo el horario de almuerzo y el horario en que también se corta de alguna manera la atención en el hospital, la gente viene muy temprano y se nos está yendo (...) era el día que teníamos un consultorio libre para hacer eso, sino están cubiertos por la atención de las obstétricas y de los médicos de

obstetricia, que también hubo muchas luchas para conseguir...” (Trabajadora social de planta – N° 7)

Asimismo y a continuación del fragmento citado, la misma profesional señaló que el funcionamiento del consultorio en el marco del centro obstétrico no fue sencillo.

“...hubo mucha lucha, bueno, al principio entraban, nos abrían la puerta, después no se encontraba la llave para entrar, siempre había al principio, algún obstáculo para poder instalarnos y bueno, que esté este espacio, viste, bien definido...” (Trabajadora social de planta – N° 7)

Cabe señalar que este circuito de entrega persistió superpuesto con el anterior a cargo del médico obstetra. Así, dependiendo del profesional que la atendiese, la mujer podía recibir el test durante la consulta de control obstétrico o bien debía dirigirse al consultorio atendido por las trabajadoras sociales, en caso de que alguien le informara de su existencia o leyera alguno de los carteles colgados en la sala de espera³².

Tras tres años de funcionamiento, en el año 2006 se cerró la disponibilidad del espacio del consultorio en el centro obstétrico, sin que se hubiese solucionado el problema de los resultados negativos sin entregar³³

“... a principios de este año mi jefa me dice que el jefe del departamento materno infantil necesita lugar porque van a generar no sé una especie de hospital de día de embarazo, algo así van a necesitar el lugar...”³⁴ (Trabajadora social de planta – N° 18)

A partir de una asociación entre la jefatura de servicio social y de laboratorio pudo negociarse la continuidad del consultorio en un nuevo espacio: un box en donde por la mañana temprano se realizaban extracciones y luego quedaba desocupado. El cambio de espacio no sólo habilitó el funcionamiento de lunes a viernes a partir de las diez de la mañana sino que también posibilitó a través de negociaciones con los empleados administrativos la difusión del consultorio por otros medios:

“... cuando empezamos esta nueva etapa esta última hicimos unos folletitos donde dice dónde retirar el VIH de las embarazadas, entonces los pusimos al lado de vacunatorio que es donde

estamos nosotros de tal hora hasta tal hora de lunes a viernes, fuera de ese horario te lo tiene que entregar el profesional que sigue tu embarazo. En ese folletito ponemos que la entrega es confidencial que va acompañada de información, ese es un volantito que se los abrochan los chicos de laboratorio en el momento que la paciente pide el turno para hacerse la extracción (...) entonces va abrochado para que ya se enteren (...) (esto) es nuevo de este nuevo consultorio (..) digamos a partir de ahora tenemos más contacto con la gente de laboratorio entonces están los chicos que dan los turnos, están justo ahí, bueno y ellos a su vez cuando viene la mujer a retirar el resultado nos la derivan al consultorio que está casi ahí al lado, entonces tenemos mucha más posibilidad digamos de que la mujer no se pierda y sepa, pero bueno desde el centro obstétrico no contamos con mucha ayuda...” (Trabajadora social de planta – N° 18)

Mientras que, como vimos en el apartado anterior, la entrega de resultados reactivos se considera como una función que incumbe a la división de obstetricia y en particular al consultorio de embarazos de “alto riesgo”, la devolución de los resultados negativos, pese a ser considerada por las recomendaciones como una instancia fundamental de prevención, o bien es librada a la predisposición del médico de entregar o no el resultado³⁵ o bien se delega al servicio social, aunque en un espacio subalternizado cuya disponibilidad está sujeta a la aparición de nuevas prioridades político-institucionales. En este marco, serán definitorias para la continuidad del funcionamiento de este consultorio, las estrategias y alianzas desplegadas por quienes se encuentran involucrados en este espacio. No obstante, creemos que este último punto no se vincula únicamente con el compromiso por el mantenimiento de un lugar de asesoramiento y prevención (compromiso que muchos profesionales sostienen) sino que también estas estrategias y alianzas deben observarse a la luz de una trama de disputas y luchas por el sostenimiento de espacios de poder y reproducción profesional.

En síntesis, en el caso de los resultados positivos lo central será detectar el caso para comenzar el seguimiento y tratamiento del embarazo para prevenir la transmisión vertical, aun omitiendo la consideración de la situación emocional que puede atravesar la mujer a la que se le está transmitiendo un diagnóstico de una enfermedad altamente estigmatizada y asociada con la muerte. La división de obstetricia y en especial el consultorio de alto riesgo se

consideran responsables de esta devolución ya que el embarazo en este caso será categorizado como de “alto riesgo”.

Por el contrario la devolución de los resultados no reactivos, que ante todo es una actividad de prevención, no se considera como una prioridad de trabajo y ante las dificultades (los resultados no reactivos sin devolver) el problema se delegará en el servicio social, quienes en este marco aparecen como las responsables de este tipo de trabajo, en un lugar subalterno en el centro obstétrico.

El estudio del reparto de actividades y la asignación de funciones en la devolución de resultados de test para detección de anticuerpos abre a la vez al análisis de la organización del trabajo en el interior de la institución. La división de tareas entre los profesionales está fuertemente estructurada a partir del dominio de la actividad médico-obstétrica. Lo central es que los médicos se encarguen de la intervención sobre su objeto delimitado en el embarazo. Debe subrayarse que esta “intervención” implica el monitoreo y control del desarrollo de la gestación en función de la medición y evaluación de distintos indicadores y estudios, considerando todas las demás actividades como fuera de su área de competencia³⁶

“...en general los médicos somos de no preguntar mucho (...) no somos de hablar mucho y se atiende directamente y no se investiga la parte psicológica o personal (...) uno ve la parte médica, la parte espiritual no (...) no sé si en el consultorio particular, yo creo que todos los médicos son iguales acá y allá (...) no creo que actúen de distinta manera en su consultorio particular, no creo, y yo creo que cada uno no sé como que lo mamó de chiquito...” (Jefe de unidad de internación – N° 3)

Mientras tanto el resto de las actividades deben ser repartidas entre los otros profesionales, que, en ocasiones reproducen sin cuestionar esta división. El siguiente es un extracto del registro de campo de una entrevista realizada a dos trabajadoras sociales encargadas de dar una charla prevención de VIH en la sala de espera del centro obstétrico. La entrevista no fue grabada por pedido expreso de las entrevistadas

La trabajadora social dijo que en general trabajan solas en el servicio, y que los emprendimientos en conjunto con algunos médicos eran muy aislados y raramente tenían éxito. Dijo que en general “los médicos se ocupan de la parte científica, y nosotras hablamos

desde otro lado, nos preocupamos por otras cosas, hablamos con la gente, educamos, y de alguna forma está bien que así sea” (Registro de campo, 15 de noviembre de 2004)

Sin embargo, la asignación de las tareas de “educación” y de “prevención” se encuentra disputada por distintas profesiones, y estas pujas se inscriben a la vez en disputas laborales y reclamos gremiales.

A: ¿logran articular algún tipo de trabajo con servicio social o en general hay pocas posibilidades?

*E: ((interrumpe)) no, (...) las chicas de servicio social dan la charla todos los días en la sala de espera, de VIH y de procreación responsable, porque como que nosotras (las obstétricas) no somos tantas acá, es un problema de horario, de extensión horaria, nosotras necesitamos más horas para hacer acá en el hospital, como que podríamos ocupar esos lugares, **como no tenemos horario extendido, no lo podemos hacer entonces lo ocupan las asistentes sociales**, que ellas tienen mas horas que nosotras ((ríe)) entonces ocupan ese lugar es LAMENTABLE ((énfasis de la entrevistada)) pero yo he pedido 36 horas para mí y otras compañeras y me lo han negado porque primero que no hay partida (...) y bueno no hay y las asistentes sociales tienen 36 horas (...) es por la función nuestra porque piensan que la obstétrica tiene que estar nada mas que la guardia y no es así, la obstétrica tiene otras funciones, por ejemplo nosotras podemos hacer lactancia, procreación responsable, dar las charlas en la sala que la hacen las asistentes sociales darlas nosotras (...) **nos compete a nosotras pero no las damos porque no tenemos horas, es así...**” (Coordinadora de obstétricas – N° 19)*

No debemos dejar de mencionar que estas formas de distribución de funciones y de concebir las distintas profesiones son cuestionadas desde dentro de la institución. En el caso de las modalidades de devolución de resultados hemos visto que en determinadas ocasiones distintas profesionales despliegan diversas estrategias que abren posibilidades de plantear el trabajo en la institución de modos alternativos (recordemos el “consultorio ambulatorio” del que nos hablaba la obstétrica residente y la alianza entre el servicio social y laboratorio). Sin embargo debe destacarse que se trata de sucesos aislados que en gran medida dependen de la voluntad y de los esfuerzos de los profesionales involucrados.

Antes de finalizar este capítulo, queremos señalar que la división social y técnica del trabajo entre los profesionales -que deviene en una fragmentación de las actividades y que ratifica que lo central es la evolución y monitoreo del embarazo en términos de los indicadores médicos, secundarizando, cuando no excluyendo, todo lo demás- impone fuertes límites a la hora de plantear, imaginar, relatar y resolver dificultades y evaluar las modalidades de trabajo en la institución. Un ejemplo de ello es el caso de la gran cantidad de resultados no reactivos sin devolver: éste fue considerado como un problema en sí mismo y hasta en ocasiones se otorgaba a la irresponsabilidad de las mujeres que no retiraban sus análisis. Sin embargo, si consideramos el diagnóstico de VIH como un proceso en el cual se encuentran involucrados distintos profesionales y que incluye también las instancias del *counseling* pre-test, el consentimiento informado, la solicitud y realización de la prueba diagnóstica y la devolución del resultado en un asesoramiento posterior, podemos ver, atendiendo a lo desarrollado en el capítulo anterior, que es posible que los resultados no sean retirados porque no existe una instancia de asesoramiento previa al test, donde se informe a la mujer al menos los significados de éste, la importancia de su realización y las modalidades de entrega de resultados. E incluso si como vimos en el capítulo anterior con frecuencia no se notifica a la mujer que se le está realizando el estudio ¿cómo sabrá que debe retirar el resultado?

Capítulo VII

La atención obstétrica de mujeres que viven con VIH: sobre responsabilidad y tutela, sobre las rutinas y sus equívocos

El seguimiento del embarazo y el tratamiento antirretroviral

El primer paso en el circuito establecido institucionalmente para el caso de una mujer que es diagnosticada en el curso del embarazo³⁷ es la consulta con el médico obstetra de “alto riesgo”. Es en este consultorio donde se realizará los controles y el seguimiento del embarazo. Es aquí, además, donde se efectúa la derivación al servicio de infectología a fines de implementar el tratamiento antirretroviral de profilaxis. Cabe destacar que, como lo indicaron los profesionales, esta modalidad de atención comenzó a establecerse a comienzos de 1999. Previamente no había una modalidad de trabajo sistematizada en la atención de mujeres embarazadas viviendo con VIH y la división de obstetricia manejaba la atención por su cuenta.

“... en los últimos tres años (1999) es cuando más hemos centralizado y manejado el tema junto con la gente de infectología, ese es un tema muy interesante porque primero lo manejábamos al tema nosotros solos (...) realmente (antes) quien estaba a cargo era el instructor de residentes del momento, cada año era uno distinto y manejaba embarazo de alto riesgo, pero te diría que no había gran cantidad de casos con HIV en el 90 todavía viste estábamos una cosa, recuerden que en la República Argentina se empezó a hablar recién en forma fuerte en el 84, 85, 86 y realmente eran muy pocos los casos o no los estudiábamos...”
(Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 2)

Aunque en el curso de la entrevista el médico citado sugirió que hasta 1999 se utilizaba el AZT en comprimidos a partir de la semana 14 de embarazo y en forma inyectable durante el trabajo de parto y en jarabe al recién nacido (los componentes del protocolo ACTG 076), recordemos que una preocupación del equipo de infectología al comenzar sus

actividades como grupo de trabajo en SIDA fueron las “tasas africanas” de transmisión vertical en el hospital: un 26,8%, siendo la tasa estimada en caso de no mediar ningún tratamiento de un 30%³⁸.

Como vimos en el capítulo III, la prevención de la transmisión vertical se instaló como área de trabajo en la división de obstetricia en el marco de la presión de Coordinación SIDA a las instituciones de salud para generar nuevos resultados en el tema y del equipo de infectólogos del hospital que plantearon la reducción de las tasas de transmisión vertical como una de sus metas de trabajo.

La sistematización del trabajo en prevención de la transmisión vertical y el establecimiento de un circuito de atención para las mujeres embarazadas con VIH y de un sistema de referencia y contrarreferencia entre la división de obstetricia y el grupo de infectólogos se efectuó a partir de la división de competencias sobre las cuales operar.

“... yo sigo toda la parte obstétrica, veo bien cómo se finaliza (el parto), cuándo se finaliza, cómo lo manejamos, cómo no lo manejamos, y ellos (infectología) manejan todo el tema de medicación...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

“... y la derivamos (a la mujer) con la gente de infectología que son realmente los encargados de dar el AZT, las dosis adecuadas, de ver los efectos adversos y el seguimiento de la paciente, yo continúo por supuesto con todo el tema de seguimiento del embarazo, pero son ellos los que solicitan el CD4, la carga viral, la dosis, el ajuste de dosis...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 2)

“...la medicación antirretroviral la maneja infectología, nosotros hacemos el seguimiento del embarazo y la terminación del embarazo, la terminación del embarazo es distinta en HIV, entonces nosotros le hacemos el seguimiento de obstetricia, pero la medicación la maneja infecto...” (Jefa de residentes – N° 4)

El consultorio de “embarazo de alto riesgo” es atendido por un médico obstetra de planta y por residentes de tercer año de medicina y de la carrera de obstetricia. En este consultorio se hace docencia y, como señaló el médico encargado, los rotantes deben aprender a “manejar embarazos patológicos”. Mientras que existen consultorios específicos para

mujeres con hipertensión arterial, diabetes, más de dos cesáreas previas y para adolescentes, en el de “alto riesgo” se nuclean los embarazos de las mujeres que no ingresan dentro de estas categorías pero tampoco en la de “bajo riesgo”³⁹.

“...en el consultorio de alto riesgo (...) vemos no solamente HIV no, hay muchas patologías (...) patología endocrinológica, problemas del corazón, problemas neurológicos, retardo de crecimiento...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

“...en el consultorio de embarazo de alto riesgo incluye, a todas las patologías menos, esas cosas que te nombré: cesáreas anteriores, adolescencia, diabetes e hipertensión (...) entonces vemos, pacientes cardiopatas, pacientes con epilepsia, pacientes con problemas de tiroides, pacientes con retardo de crecimiento, pacientes RH negativas sensibilizadas, pacientes psiquiátricas...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 2)

Mientras que los médicos del consultorio de “alto riesgo” se dedican al seguimiento del desarrollo del embarazo, los médicos infectólogos realizarán el monitoreo de los indicadores de la progresión del virus y el control de la carga viral mediante la prescripción de tratamiento antirretroviral a fin de reducir las probabilidades de trasmisión madre-hijo.

La división de estas competencias no supone, en primera instancia, áreas comunes de toma de decisión o discusión y monitoreo de la marcha de los tratamientos implementados. Así, sólo actuarán conjuntamente frente a la presencia eventual de circunstancias extraordinarias:

E: (...) el año pasado sí tuvimos una paciente internada y realmente no sabíamos bien si era una enfermedad eruptiva, si era un problema del embarazo, si era alguna reacción alérgica o qué era. Finalmente tuvimos que aceptar que era el AZT, (así que) suspendimos la medicación y realmente mejoró, lo que hicimos en ese caso fue rotar a otra medicación que no era AZT y que la paciente la toleró adecuadamente

A: ¿con qué se reemplaza?, ¿cuál era la medicación de reemplazo?

*E: no, esos son los infectólogos que manejan no recuerdo ese caso
(Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)*

Mientras que en un comienzo el esquema terapéutico utilizado era el que describimos como protocolo ACTG 076, con el advenimiento de las nuevas terapias antirretrovirales y el desarrollo de nuevas drogas, los esquemas de posible implementación para prevenir la transmisión fueron diversificándose. Las “Recomendaciones...” de la ciudad de Buenos Aires ya desde el año 2002 indican la posibilidad de utilizar esquemas combinados con otras drogas como 3TC y Nevirapina, desaconsejando al mismo tiempo la utilización de otras (en especial Efavirenz, DDC e Hidroxiurea) durante el embarazo por haberse asociado al desarrollo de malformaciones en experimentos llevados a cabo en animales (entrevista con médico infectólogo de la Coordinación SIDA). A este respecto ha de subrayarse que no se conocen aún los efectos a largo plazo que las drogas que se prescriben a mujeres embarazadas pueden tener sobre los niños, según lo especifica la siguiente profesional:

“...uno tampoco (sabe) cuál es el efecto que pueden tener la drogas; al menos uno sabe a corto plazo, no sé a largo plazo lo que puede pasar con las drogas antirretrovirales en el embarazo, en un futuro los chicos; es decir hay cosas que uno no las puede predecir, sí lo que es real es que con los nuevos tratamientos la transmisión ha disminuido...” (Médica Infectóloga – N° 11)

Tampoco se ha establecido con claridad los efectos que la prescripción de medicación antirretroviral durante el embarazo puede tener en el posterior tratamiento de la mujer, ya que tanto el uso temprano de medicación como el empleo irregular de la misma (con esto nos referimos a la suspensión del tratamiento luego del embarazo) puede favorecer la aparición de resistencias a las drogas⁴⁰.

Más allá de la incertidumbre con respecto al uso de drogas durante el embarazo, cuando una mujer embarazada hace la primera consulta con el grupo de infectología la prioridad es la prescripción de medicación para evitar la transmisión madre-hijo. La necesidad o no de prescribir el tratamiento para la mujer deberá postergarse hasta por lo menos tres meses después del parto.

“... ellas vuelven, las mamás (...) les hago suspender el tratamiento después que nace el bebé y nos vienen a ver a nosotros al tercer mes, porque ahí recién volvemos a pedir todos los estudios, porque pueden haberse modificado tanto los CD4 como la carga en relación al

embarazo, entonces uno espera que pasen por lo menos unos tres meses y ahí las estudiamos a las madres...” (Médica Infectóloga – N° 11)

Así la intervención de los infectólogos durante el embarazo se orientará a la reducción de las probabilidades de transmisión, postergándose el tratamiento de la mujer hasta tres meses después de tener a su hijo.

Antes de poder recibir la medicación antirretroviral en la farmacia del hospital, las mujeres deben concurrir al Ministerio de Salud de la Nación en la zona céntrica de la ciudad para realizar los trámites correspondientes y habilitar el envío al hospital. Para este trámite se requiere –además de la receta del infectólogo- de la fotocopia de CD4 y carga viral, los comprobantes de PAMI y ANSES de que la mujer carece de aportes y obra social y la “encuesta social” elaborada por el Servicio Social del hospital. Luego las mujeres deben regresar al Ministerio para retirar las ampollas de AZT utilizadas en el momento previo al parto y el jarabe para el recién nacido, ya que estos componentes del protocolo no se entregan a las mujeres en el hospital⁴¹. Según relató, una mujer extranjera tuvo requerimientos adicionales para este extenso trámite.

E: (la infectóloga) me dio el orden de la medicación que tenía que ir a buscarla a, no era acá, se conseguía en otro lado, no me acuerdo tenía que ir al centro a buscarla (...) al principio no podía conseguir pero no me dieron, entonces tuve que volver otra vez, como soy como extranjera no podía tener eso y me dieron otra vez otras explicaciones, que no puedo tener ni PAMI ni ANSES porque soy extranjera, y yo al principio yo me olvidaba de eso, yo pensé que me daban así nomás, no sabía, entonces le vine a explicar a (la trabajadora social) ella me mandó orden otra vez y ahí recién me lo dieron el medicamento

A: así que fuiste y viniste un par de veces

E: 2, 3 veces, 3 veces ahí recién conseguí los medicamentos (...) (estaba embarazada) como 6 meses, 6, 7 meses creo, 7 meses, con la panza así ya tenía ((ríe)) (...) tenía que viajar como más o menos una hora de viaje tenía para conseguir ese medicamento, pero al principio nada más se podía conseguir ahí, después acá en la farmacia podía conseguirla. (P20 - III)

El seguimiento del embarazo de las mujeres viviendo con el virus se presenta así como una serie de instancias en gran parte desarticuladas a cargo de distintos profesionales:

obstetras, infectólogos/as y trabajadoras sociales, y orientadas a evitar la infección del niño, quedando el diagnóstico y/o el estado de salud de la mujer secundarizados.

“...la paciente viene, consulta... no se resiste, quiere el tratamiento y lo cumple...”: El cumplimiento y responsabilidad de las mujeres

En las entrevistas con los profesionales, éstos señalaron la responsabilidad y el buen “cumplimiento” de las mujeres viviendo con VIH respecto del tratamiento y las prescripciones para evitar la transmisión vertical.

E: nuestra experiencia es que una vez que la paciente se comprometió (...) yo veo que la paciente viene, consulta, está, no se resiste y quiere el tratamiento y lo cumple

A: porque se establece que en general sólo un 30% cumple

E: yo en todo caso te diría que tenemos muy buen resultado (...) un gran porcentaje yo no tengo pacientes que me digan ‘no quiero hacerlo’ o ‘lo dejé’ o no... te puedo asegurar que no (...) (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 2)

“...nosotros le explicamos a la paciente el primer día que llega que haciendo el tratamiento y haciendo un cesárea electiva, estos son los números. (...) entonces la paciente viene diciendo ‘está bien doctor, acepto que me haga una cesárea’; si la paciente dice que no, le decimos que no, pero hasta ahora no tengo pacientes que han dicho que no, y la única causa por la cual puede ir a un parto es cuando un examen (...) se llama carga viral (...) es menor a mil, es lo mismo que tenga parto o cesárea (...) menor a mil, es lo mismo que tenga parto o cesárea (...) en ese caso elige la paciente (...) (y eligen) cesárea...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

Incluso plantearon que las mujeres demandan estos procedimientos más allá de la “racionalidad técnica”.

“... si yo tengo una paciente que tiene menos de mil copias en general es lo mismo que vaya a cesárea, en cuanto a riesgo de transmisión, que a parto; ahora, a nosotros nos ha pasado que

hay pacientes que tienen seiscientas y que dicen que quieren ir igual a cesárea...” (Médica Infectóloga – N° 1)

“...sí, yo tengo la impresión de que quieren cesárea (...) en algún momento escucharon que las puede ayudar y que eso puede hacer que disminuya la transmisión y después no importa nada, aunque no sea racional desde el punto de vista técnico, ya escucharon que eso puede servir y muchos lo demandan...” (Médico Infectólogo – N° 11)

En los relatos de las mujeres el cumplimiento de las prescripciones médicas relativas a la evitación de la transmisión vertical se presenta como una responsabilidad asumida

“... yo hice todo al pie de la letra ¿entendés?, eh, fui a cesárea, le di la medicación, sí porque si llegaba a tener, como que iba a ser doble problema y yo siempre iba a tener una culpa, por eso hice todo al pie de la letra ¿entendés?...” (O31 - IV)

“... yo ya no me puedo curar, por ahora, o sea no pierdo las esperanzas, pero si el bebé que viene se puede salvar y voy a hacer todo lo posible, igual hasta el día del parto como le vengo diciendo a la doctora...” (V25 - I)

En los relatos de estas mujeres, el cumplimiento del tratamiento y la aceptación de los procedimientos médicos se presenta como recurso que les permitirá a las mujeres afrontar la culpabilidad y el temor por la infección del hijo que emergen en el proceso de descubrirse viviendo con VIH en el curso de un embarazo. Así, no se trata simplemente de “pacientes responsables que cumplen” sino que la “adherencia” de las mujeres a las prescripciones médicas debe comprenderse en el marco de la experiencia del reconocerse en el curso del embarazo como afectadas de una enfermedad altamente estigmatizada, asociada con la muerte y de posible transmisión para el hijo que espera (García, 2006).

La internación por “causas sociales”

En el curso de nuestro trabajo de campo y en especial de las observaciones realizadas en la guardia pudimos relevar la existencia de una modalidad de internación denominada “por causas sociales”.

Cuando le conté a la obstétrica residente los objetivos de mi investigación, me dijo que casualmente en el primer piso (la maternidad) hacía un mes que estaba internada una chica infectada por el HIV. Le pregunté qué tipo de problema tenía ya que me llamó la atención el largo tiempo de internación. La obstétrica dijo que estaba internada por ‘motivos sociales’. Le pregunté qué quería decir eso y me contestó que como no tomaba la medicación, ni se había hecho los controles prenatales, la habían internado para que esté controlada y cumpla el tratamiento. (Registro de campo, 7 de abril del 2006)

Debemos destacar que en la guardia esta modalidad no sólo fue empleada para mujeres infectadas con el virus; la internación por “causas sociales” se utilizó también en el caso de mujeres con diabetes gestacional. El siguiente extracto de registro de campo relata uno de los casos que pudimos observar la guardia.

Cuando la mujer se sentó en el escritorio y luego de que la residente le pidiera el documento y le preguntara la edad, el lugar de residencia, fecha de última menstruación y embarazos previos, le pidió los análisis prenatales. La residente miró detalladamente los estudios y le preguntó cuántas consultas había hecho desde que estaba embarazada. Al parecer la mujer, que estaba embarazada de siete meses, sólo había hecho una consulta y tenía diabetes gestacional. La residente salió con los estudios unos 10 minutos y yo me quedé conversando con la mujer en el consultorio; cuando volvió le dijo a la mujer que debía internarse. (...) cuando la mujer salió le pregunté a la residente por qué debía internarse, me dijo que como la chica no tenía controles prenatales de ningún tipo y tenía diabetes gestacional, la internaban para que le hicieran todos los estudios y un ‘perfil glucémico’, dijo que lo ideal era que se hiciera un tratamiento ambulatorio pero que ‘en estas circunstancias lo mejor es internarlas’. (Registro de campo, 22 de marzo de 2006)

No obstante, esta modalidad se implementó también con mujeres que no presentaban ninguna de las patologías que los médicos obstetras enunciaron como de “alto riesgo”

Mientras estaba en el office, escuché que las obstétricas hablaban de una mujer boliviana mientras miraban su historia clínica perinatal (el cartón de la CLAP) que la mujer había

traído desde Bolivia donde había efectuado su primera consulta. Una de ellas dijo ‘mirá tiene 19 años y parece de 40’, se burlaban porque la mujer no hablaba muy bien castellano, también se reían por las referencias hacia la mujer que los médicos que la habían atendido codificaron en la historia clínica (DC “dificultades comunicativas” y “DA” dificultades auditivas, son dos que recuerdo pero no las únicas). Luego de mirar la historia decidieron que la iban a internar. Les pregunté por qué y una de las obstétricas me dijo ‘si está en la semana 30 y no tiene controles, no tiene nada’. Me llamó la atención que dijera esto porque la mujer había ido las veces suficientes como para que los médicos codificaran sus referencias en la historia clínica. (Registro de campo, 14 de abril de 2006)

Una de las mujeres infectadas por el VIH que entrevistamos estuvo internada tres semanas antes de tener a su hijo, sin conocer los motivos de tal internación. Cabe destacar que recibió el diagnóstico en el octavo mes de embarazo ya que se mudó luego de hacerse los estudios prenatales y en el centro de salud donde se atendió no pudieron localizarla para devolverle el resultado del test (ver Capítulo VI). Asimismo la mujer tampoco refirió padecer alguna patología gestacional que requiriera internación.

E: ese mismo día (el día que le dieron el resultado y la derivaron al hospital) me internaron acá en el hospital, me internaron, estaba de ocho meses, me internaron (...) me estaba medicando, me estaban inyectando, me sacaban ¡uy sangre!, ¡ay no, yo lloraba!

A: ¿te contaban, te explicaban qué hacían?

E: no, no, no me decían nada, sólo me sacaban la sangre, y me decían ‘esto es para que sepas cuánto de virus tienes, qué cantidad’, sólo eso, luego me sacaban análisis, me sacaba el doctor así nomás (...) ‘es la orden del doctor tienes que sacarte sangre’, ‘bueno está bien’ ((ríe)) yo decía resignada como sabía, una experiencia así, yo me ponía a llorar, contaba los días, parecía una eternidad, decía ‘quiero salir’ (...) yo quiero salir porque día y noche no se podía, estaba ya más pensaba en mi otro nene, ¿cómo, qué está haciendo? (...) (se quedó) con mi hermano, yo no sabía, venía a visitarme y me dijo ‘mami ¿por qué no estás conmigo?’, lo sentí re deprimido, me dijo ‘cuándo va a salir el bebé de la panza’ me decía, no, ¡ah! me puse a llorar enseguida, yo le decía al doctor ‘me quiero ir, me quiero ir’. (E26 - II)

En este relato la mujer narra su experiencia en la internación, en ningún momento manifiesta haber sabido o haber sido notificada de los motivos de la internación y en la narración hace referencia tanto al tratamiento como a los estudios. Como en el caso de las mujeres anteriores, la internación aparentemente se decidió a partir del juicio que los profesionales realizaron sobre la capacidad de la mujer para llevar adelante el tratamiento y/o los controles debidos del embarazo, omitiendo la consideración de la situación global de la mujer, en el último caso que vivía sola con su hijo, por ejemplo, y el malestar que pudiera ocasionarle el pasar semanas en internación pudiendo realizar un tratamiento ambulatorio.

Castro y Farmer (2003) han argumentado que la implementación del testeo para VIH a toda mujer embarazada en los países del tercer mundo no sólo privilegia la prevención de la transmisión vertical del virus por sobre el diagnóstico de la mujer sino que sitúa la responsabilidad de evitar la transmisión del virus en la madre. Así, el seguimiento y tratamiento de una mujer infectada con el VIH se inscribe en un patrón de atención obstétrica en el cual la mujer es responsable por el cuidado del embarazo, la realización de controles periódicos y el seguimiento de las indicaciones médicas; esta responsabilidad es monitoreada, evaluada y reevaluada permanentemente por los profesionales, que en el caso de encontrar, suponer o imaginar que no cumplen adecuadamente, intervendrán con una medida de fuerza como en el caso de la internación social. Fuera quedará una vez más la situación general y las condiciones de vida de la mujer: se actuará en función de un juicio sobre su supuesta incapacidad y negligencia, ante la cual se impondrá la necesidad de tutela por parte del médico obstetra en defensa de la salud del feto (Nari, 2004).

El parto de una “PIC”

Tanto las recomendaciones nacionales y del gobierno de la ciudad como la bibliografía sobre el tema, pautan que durante el parto las probabilidades de transmisión vertical en mujeres con una carga viral superior a 1000 copias pueden reducirse en caso de que se programe una cesárea. Para aquellas mujeres con una carga viral inferior a ese número las probabilidades de transmisión son las mismas en caso de un parto por vía vaginal o de una cesárea programada⁴².

Tal como lo manifestaron los profesionales en las entrevistas, este es el criterio que se utiliza en el centro obstétrico, los infectólogos prescriben el análisis de carga viral en el último mes de embarazo y en función del resultado se resolverá la vía del parto. No obstante, en esa determinación también se evaluarán “factores obstétricos”.

“...en general paciente que tenga más de mil copias es la indicación de la cesárea. Salvo que tenga una causa obstétrica para indicación de la cesárea, si yo tengo una paciente que tiene menos de mil copias en general es lo mismo que vaya a cesárea en cuanto a riesgo de transmisión que a parto...” (Médica infectóloga – N° 11)

“...la única divergencia puede ser cuando uno dice tiene que ir a parto y ellos dicen no cesárea por causa obstétrica, ya está...” (Médica infectóloga – N° 1)

“...la única causa por la cual puede ir a un parto (por vía vaginal) es cuando un examen complementario, un análisis que se le hace que se llama carga viral que cuenta la cantidad de virus que hay en sangre, es menor a mil, es lo mismo que tenga parto o cesárea (...) en ese caso no es que aumente la posibilidad por haber tenido un parto (...) porque es casi insignificante la cantidad de virus en sangre, que hace que sea lo mismo tener un parto que tener una cesárea (...) a menos que tenga alguna causa obstétrica que tengamos que hacer una cesárea...” (Médico obstetra de “alto riesgo” – N° 10)

De este modo, la determinación de la vía del parto se efectúa a partir de dos tipos de criterios: los “infectológicos” que pautan la forma de parto en función de los valores del análisis de carga viral con el objetivo de evitar la transmisión vertical y los “obstétricos”, que, por ejemplo, indicarán la necesidad de una cesárea en caso de que la mujer tenga dos cesáreas previas. La evaluación de estos criterios la llevan a cabo los profesionales especializados en cada área a partir de la división de competencias sobre las cuales cada uno deberá decidir, sin que esto implique una toma de decisión conjunta.

En los casos en que la mujer que ingresa a parir al centro obstétrico no cuenten con una serología para VIH del último trimestre y para toxoplasmosis y VDRL del último mes, se encuentra pautado que deberán ordenarse estos dos últimos estudios y utilizando el test rápido para VIH⁴³. En distintas ocasiones pudimos observar cómo se utilizó (o no) este procedimiento.

Tras verificar la dilatación mediante un tacto, la obstétrica le explicó a la mujer que la iba a internar porque estaba por tener al bebé y agarró del estante de al lado del escritorio una

cantidad importante de hojas abrochadas. Me explicó que eran los papeles del ingreso a la internación y le pidió a la mujer el documento y los últimos análisis. Me dijo que tenía que fijarse en los estudios si tenía un HIV del último trimestre y VDRL y toxo del último mes, la mujer tenía hechos todos los estudios requeridos, la obstétrica me dijo que en ese caso no se pedía nada pero que en caso de que no los tuviese se le pedía un test rápido de VIH en ese momento y se le ordenaban también los otros. Luego acompañó a la mujer a la sala de monitoreo fetal. (Registro de campo, 22 de marzo de 2006)

La obstétrica residente le dijo a la mujer que como estaba en trabajo de parto la iban a internar, luego agarró el toco de papeles que debía completar para darle ingreso y le pidió el documento y los últimos estudios prenatales, los miró detalladamente y notó que le faltaba la serología para VIH del último trimestre por lo que le preparó una orden para un test rápido. Mientras lo hacía le pregunté qué estaba ordenando y me dijo que todas las mujeres tienen que tener un VIH en el último trimestre y que si no lo tenían les hacían un test rápidos (...) Una vez que terminó los papeles la preparó a la mujer para el parto y le guardó toda su ropa en el bolsón que dejó en ventanilla para que los familiares lo retiraran (Registro de campo, 7 de abril de 2006)

En conversaciones informales con dos obstétricas residentes ambas manifestaron que no acordaban con esta modalidad de uso de los tests rápidos ya que no lo consideraban de utilidad; una de ellas dijo que en realidad las mujeres empezaban a controlarse tardíamente en el embarazo y que los controles podían ser del fin del segundo trimestre y que en ese caso no tenía mucho sentido utilizar el test rápido. Asimismo la trabajadora social señaló que existía una sobredemanda de tests rápidos, cuya cantidad igualaba a la de consultorios externos. Cuando le preguntamos por qué creía que se pedían tantos tests rápidos dijo que

“...yo creo que es más que a la prevención, es a taparse, saber que una mujer por lo menos lo pidieron al análisis ¿viste? (...) y las mujeres que vienen en el momento del parto y les hacen anestesia entonces ¿qué estamos haciendo? o estamos haciendo mal las cosas porque ¿van a venir la misma cantidad de mujeres sin control de embarazo y sin VIH a parir que la misma cantidad que viene a consultorio externo? Yo creo que están en todas por una cuestión primero de sospecha de que no les vaya a pasar algo a ellos, y por otro lado para

resguardarse de que si por ahí llega a dar el reactivo bueno uno pueda hacer algo ¿viste? y diga nosotros lo hicimos, pero bueno el manejo es bastante malo porque inclusive se hacen los test rápidos y se inicia lactancia y si después eso te da reactivo ¿para qué te sirve?...”
(Trabajadora social de planta – N° 18)

La utilización de tests rápidos, según esta profesional, estaría vinculada con cumplir con la rutina pautada “para taparse” y por otro lado con el señalamiento de los casos positivos para el resguardo del propio profesional. En esta línea, un médico refiriéndose al ofrecimiento universal del test señaló

“...me parece correcto ¿no? porque antes atendías a los pacientes y no sabíamos si era HIV positivo o negativo, encima corríamos el riesgo nosotros de no saber a quién estamos atendiendo...” (Jefe de unidad de internación – N° 3)

Este último punto introduce el problema de la implementación de medidas de bioseguridad y refiere a la peculiar visibilización de las mujeres infectadas entre los profesionales.

Entre marzo y abril de 2006 realizamos una serie de observaciones en la guardia del centro obstétrico. El siguiente es un extracto de un registro de campo en donde relatamos una oportunidad en la que pudimos observar cómo se llevaron adelante los procedimientos descritos más arriba.

Como en ese momento ningún profesional estaba atendiendo en el consultorio, me dirigí al “office” –como ellos lo denominan- donde transcurren sus ratos libres en la guardia. Esta habitación medía unos 3,5 x 2 metros, en la pared más corta del lado de la puerta había un televisor prendido en canal nueve, bastante grande en un soporte y debajo una heladera también grande. Al lado había un microondas. En la pared opuesta había una cama y varios estantes colocados a los pies y la cabecera. En el medio del cuarto había una mesa que ocupaba gran parte del espacio con varias sillas alrededor. En una de las paredes más grandes había una cartelera con algunos carteles pegados, algunos referidos al papeleo previo a dar ingreso a una mujer en internación, otros se referían a la diabetes gestacional, entre los demás dos me llamaron la atención, uno indicaba que las mujeres debían tener

entre los controles prenatales una serología para VIH del último trimestre y para toxoplasmosis y VDRL del último mes y que en caso de que no los tuvieran debían ordenarse estos dos estudios y utilizar el test rápido para VIH; el otro cartel indicaba los pasos del protocolo ACTG 076 en sus tres componentes (AZT a la mujer en comprimidos a partir de la semana 14, en forma inyectable en las horas previas al parto o cesárea y en jarabe al recién nacido).

Cuando entré, los tres residentes médicos de primer año estaban sentados en la cama conversando con las tres residentes de obstetricia de tercer año, de los médicos de planta sólo estaba la interna que miraba la tele, leía el diario y conversaba con dos obstétricas de planta, la otra obstétrica titular de guardia hablaba por teléfono con el pabellón de internación averiguando la cantidad de camas disponibles luego de las altas otorgadas más temprano en la mañana. El clima era muy distendido, la obstétrica que estaba hablando por teléfono bromeaba y decía que era la “tramitóloga” y la única que trabajaba en esa guardia, todos reían, luego dijo que había conseguido la lista de las altas de los dos pabellones de internación, había cinco camas disponibles en uno y dos en otro; mencionó algo de que una mujer iría a las dos de la tarde para internarse, además asignó las camas a las dos cesáreas que se habían realizado más temprano, otra para “una PIC” que aguardaba para una cesárea afuera y otra para una mujer que estaba con un goteo para inducir el parto. (...) Mientras tanto me senté en la cama y me puse a conversar con una de las residentes de medicina. Me preguntó qué hacía y le conté sobre el proyecto, haciendo referencia al tema del VIH. Me dijo que justo en ese momento había una mujer con VIH esperando para que le hicieran una cesárea, en seguida me di cuenta que esa era la mujer a la que la obstétrica le había asignado una cama unos minutos antes (...) En ese momento los otros dos residentes la llamaron para ir afuera, mientras se iba me dijo que si quería podía ver la historia clínica que estaba afuera, junto con la mujer que esperaba la cesárea con el goteo de AZT. Salí fuera del office y vi que la mujer estaba en una camilla con ropa de cirugía, con el goteo y la historia clínica pegada con cinta en la pared. Intenté preguntar a los distintos profesionales pero no obtuve demasiadas respuestas, sólo me dijeron que le iban a realizar una cesárea porque la mujer tenía una carga viral mayor de mil copias. Me dio la sensación que no representaba un evento fuera de lo común, ni que le llamaba la atención a nadie. (Registro de campo, 16 de marzo de 2006)

Una de las hipótesis de trabajo cuando comenzamos esta investigación era que la implementación de procedimientos para prevenir la transmisión vertical del VIH “genera una modalidad peculiar de visibilización de las mujeres y sujetos afectados que abre el campo para la amplificación y fortalecimiento de mecanismos de estigmatización y discriminación” (Proyecto presentado para beca estímulo 2005). Esta hipótesis de trabajo resultó ser una herramienta analítica de suma relevancia. Citamos en extensión el registro de campo porque, de alguna manera, queremos destacar el impacto que nos produjo esta forma de atención a la mujer viviendo con VIH y de implementación de medidas para prevenir la transmisión vertical. De cierta forma, esperábamos encontrarnos con algún tipo de práctica discriminatoria o de segregación (las enfermeras mencionaron en la entrevista que les efectuamos que hasta 1998 las mujeres infectadas eran internadas en habitaciones aparte y se lavaba el colchón luego del alta) o al menos percibir “algo fuera de lo común”. Sin embargo, aparentemente los procedimientos para prevenir la transmisión vertical parecían estar estandarizados tal como lo relataron los profesionales en las entrevistas: la realización de una cesárea tras un análisis de carga viral, el goteo de AZT (en caso de duda podían ser consultados mirando el “recordatorio” de la cartelera del office) y la atención de esta mujer no representaba una situación extraordinaria, incluso si no hubiese conversado y contado el tema de la investigación a la residente probablemente nunca me hubiese enterado que la mujer estaba infectada ya que en ningún momento ningún profesional mencionó las palabras “HIV”, “VIH”, “SIDA” (al menos en mi presencia).

En relación con este extracto: cuando la obstétrica asignó las camas disponibles, una fue destinada a “una PIC” que aguardaba una cesárea afuera, al conversar con la residente supimos que se refería a la mujer infectada con el virus que esperaba la cesárea mientras le hacían el goteo de AZT. Después de la cesárea y mientras una obstétrica de planta pasaba los “casos” del día al libro, tuvimos acceso a la historia clínica de esta mujer, en la que el término “PIC” aparecía repetidas veces, por lo que intentamos averiguar qué significaba.

Cuando leía la historia clínica de la mujer me llamó la atención que figuraba varias veces el término ‘PIC’, por lo que le pregunté a la obstétrica de planta que le había conseguido la cama qué quería decir. No me contestó nada. La miré a la médica interna y reiteré la pregunta, me dijo con cara de indignación ‘quiere decir Paciente Inmuno-Comprometida,

tenemos que poner eso porque si ponemos HIV dicen que discriminamos'. (Registro de campo, 16 de marzo de 2006)

A propósito del uso de términos técnicos, Stanley Cohen (1988) ha señalado que entre los profesionales de asistencia, tratamiento y castigo se desarrolla un vocabulario especializado que “es totalmente esotérico esto es, virtualmente incomprendible para el profano” (ibídem.:405) y que el uso y conocimiento de este lenguaje establece una diferencia entre quienes verdaderamente lo hablan y entienden y quiénes no. Asimismo, señala que el uso de siglas y abreviaturas es un medio a través del cual los profesionales restringen y alteran sutilmente los significados de los términos al “desgajarse la mayoría de las asociaciones que le seguirán” (ibídem: 403).

En este sentido, el uso del término “PIC” refiere a una jerga profesional que diferencia a quienes lo comprenden y se comunican a través de él de quienes no lo hacen (la estudiante de antropología, en este caso) y que posibilita que los primeros conversen sin que los demás que escuchan (observadores externos como yo, o las mismas mujeres) entiendan de qué se está hablando.

Así, la denominación de las mujeres viviendo con VIH como “PIC” implica su invisibilización para los no expertos que no conocen el sentido del término, al tiempo que las visibiliza de una manera particular para los profesionales que conocen el sentido de las siglas en la jerga médica de la guardia. En este sentido el empleo de las siglas para referirse a las mujeres infectadas refiere a la necesidad de señalarlas a la vez que ocultarlas. Pero también el empleo de este término señala para los profesionales los peligros o aparentes problemas asociados a su atención, en particular los relacionados con 1) la eventual violación de la norma que obliga a la preservación de la privacidad y la no discriminación de las personas viviendo con VIH y 2) los requerimientos de protección de sí frente al trabajo con ellas.

Las normas de bioseguridad son de implementación universal, esto es, en la atención de todos los pacientes deben utilizarse los mismos recaudos y, según la ley de SIDA, la responsabilidad ante un incumplimiento de estas normas recaerá sobre el personal que las manipule, los propietarios y los directores de los establecimientos de salud. Sin embargo, y aunque algunos profesionales señalaron el cumplimiento universal de estas normas, en las entrevistas no siempre se presentó como universal.

E1: (...) pacientes que vienen sin control, que viene en el momento del nacimiento vos atendés a la paciente y cuando terminaste 'ah, yo soy HIV positivo', hay casos

A: son casos que no les dio tiempo ni para hacer el test rápido

E3: no, ni siquiera para tomar uno mismo hay que tomar otras precauciones

E1: por uno mismo, porque **no es lo mismo hacer un parto a una paciente que tiene un HIV negativo que un positivo, uno se cuida de otra manera**

E3: además un equipo especial (...) en realidad nos deberíamos tener que cuidar en todas iguales pero lamentablemente el equipo no es el mismo, no se puede usar el equipo para todos los partos de la misma manera, es un equipo descartable

E1: es un equipo descartable, no es el mismo equipo, el resto se mandan a esterilizar y se usa siempre el mismo (...) y **son caros entonces se reservan para pacientes con diagnóstico** (E1: Jefa de residentes; E3: residente médico que rotó en "alto riesgo" – N° 4)

"...en realidad las normas debidas de seguridad las tenemos con todas las pacientes acá; nos da un poco más de cosquilla, pero bueno a quién le toca atender un parto (de una mujer infectada) lo atiende (...) es el lugar donde decidimos estar (...) porque se pregunta bueno quién va a hacer el parto y por ahí todos dan un paso para atrás ((risas)) y por ahí alguno se quedó con un paso adelante, no se dio cuenta y bueno este será el valiente es que en general nadie lo atiende solo, estamos varios y bueno, tené cuidado, que barbijo, que antiparras, que doble guante..." (Obstétrica residente – N° 20)

El relato de la obstétrica ilustra nuestra argumentación: comienza señalando la universalidad de las normas de seguridad, pero finaliza narrando los recaudos que "los valientes" tienen ante un parto de una mujer VIH positiva. Lo mismo en la conversación citada más arriba respecto de la selectividad en el uso de los escasos y ¡caros! equipos descartables.

Así las mujeres VIH positivas requieren de una singular identificación para incrementar los cuidados, lo cual se contradice, como es obvio, con la pretendida universalidad de las precauciones⁴⁴. Como han planteado Merquier y Margulies (1998), este alerta frente a la mujer viviendo con el virus la transforma en "paciente 'codificado' o paciente de 'bioseguridad'. Esta denominación en particular se adopta en el marco de los requerimientos que impone la ley nacional de SIDA que impide al personal de salud divulgar

la condición de infectado del paciente. Esto es, se evita nombrar la enfermedad pero a la vez ésta (o sus “marcas”) es señalada y redesignada a los efectos de su distinción de los demás pacientes, de los que son ‘normales’.

Retomando entonces la hipótesis del comienzo, a partir del análisis del uso de la noción de “PIC” en el campo de visibilidad de los procedimientos aplicados a la atención del parto, es posible plantear aquí la permanencia de la concepción de riesgo y el peligro asociados a la atención de las personas con enfermedad por el VIH. En ello está implicada la necesidad de manejar más que aquello que se sabe (sobre la transmisión del virus) aquello que se ignora (Handwerker, 1994), se sospecha o se teme aun frente a la evidencia proveniente de los propios criterios de racionalidad médico-técnica. Esto es, se “diluye y subordina la noción de transmisión” traduciéndola como “contagio” y convirtiendo a la persona, el afectado real o imaginario, en amenazador (Grimberg y otros, 1997).

La rutina y sus equívocos

El siguiente es un extracto de una entrevista realizada con una mujer que vive con el virus y que realizó el seguimiento del embarazo y tuvo a su hijo en el centro obstétrico.

*E: (...) antes de tener a mi bebé estuve internada 3 días (...) porque ellos se equivocaron ((risa leve)) ¿cómo te digo? **todo el tiempo se equivocaban conmigo** (...) mis análisis de VIH salieron muy altos pero todavía no estaba con tratamiento, entonces eso le había mostrado en obstetricia acá (...) entonces me atendió (el obstetra de alto riesgo) y dijo que (...) tenía que dejarme internada acá (...) un estudio viejo, esa vez todavía no tenía el resultado del segundo estudio después de la medicación. Esa misma tarde tenía turno con el (infectólogo) y me hizo una nota de que me bajó mucho la carga (...) entonces al día siguiente vine para quedarme internada (...) creo que ellos no se fijaron tampoco ahí esa vez, por eso me tuvo internada, porque ya me iba a hacer cesárea esa vez (...) no sabían de la nota del (infectólogo) (...) un día cuando estaba internada ahí, (...) yo tenía todos mis papeles en mi sala, entonces me vino a la cabeza y me fui corriendo para venir a traerme la orden que me dio el (infectólogo) antes, y bueno, justo cuando estaban hablando todos los doctores ahí, a una obstetra le pasé la nota, abrió y ahí empezaron a leer, y ahí se dieron cuenta que hay muy poca posibilidad, entonces tiene que ser por parto normal y ahí entonces empezaron a hablarse entre ellos, que*

más bueno parto normal, todo eso así (...) bueno, opinaron y dijeron que era mejor, el parto normal (...) entonces después al día siguiente me mandaron otra vez, me dieron de alta

A: ¿y después cuándo volviste?, ¿pasó mucho tiempo hasta que rompiste bolsa?

E: a ver 15 de marzo me vine a quedarme internada y después 17 de marzo salí otra vez y llegué el 23 de marzo, 23 de marzo me quedé un día, lo tuve el 24 de marzo recién lo tuve

A: y ahí otra vez casi te mandan al cuchillo nuevamente ((ríe))

E: sí, porque yo cada vez que venía traía todo en una carpeta mis papeles tenía un montón y entonces una de esas se le escapó, y estaba abierto el papel y se le escapó. Yo le había dicho cuando me tenía todo con el suero (...) porque yo sabía que tenía una nota (...) que tenía muy poca posibilidad de contagiarse, entonces yo le expliqué, “¿y dónde está el papel?” me dice, y está entre mis carpetas, entre los papeles que habían dejado, o sea que como yo antes de entrar tenés que ya hacer todos los trámites y se quedan los papeles

A: cuando te internan te llevan con todos los papeles juntos

E: y ahí me mandan a la sala ya para (...) creo que ese día iba a ser operada yo (...) creo que se equivocaron, y después otra vez se dieron cuenta ((ríe)) casi me hicieron por cesárea (...) casi me morí ese día ((ríe)) porque ese mismo día me iban a hacer la operación de la cesárea, ese mismo día me iban a hacer, porque no había más tiempo, ellos solamente se fijaban en el resultado viejo y en el nuevo no, eso es lo que pasaba (...) (P20 - III)

Una rutina “designa un conjunto de acciones que repetidamente se llevan adelante con cierto automatismo: habitualmente, sin reflexionar explícitamente o justificar las acciones implicadas” (Berg, 1992). Las rutinas constituyen el marco de referencia de la actividad clínica, en la medida en que “economizan esfuerzos” facilitando la acción médica y dan “el resguardo de la norma” a quien actúa, que “se siente seguro porque hace lo mismo que los demás” (ibídem.:170). Frankenberg (1988) ha señalado que las rutinas a las que deben someterse los pacientes (aunque no sin resistencia) en la institución hospitalaria, constituyen un factor esencial que interviene en el fluir de “persona social” a “procesos patológicos o naturales” que se opera en la atención biomédica. En esta línea, Byron Good (1994) ha señalado dos consecuencias de la construcción del objeto médico en términos médicos y de la identificación del paciente con la patología: una es la desestimación del mundo de vida y la experiencia del sujeto que padece y otra es la formulación de “la rutina” como práctica médica y racional.

Las rutinas se inscriben asimismo en la “tendencia médica a la intervención” (Cortés, 1997: 93) y “a no aceptar la incertidumbre”, es por ello que “en el lugar de la duda coloca la certeza o el dogma” (ibídem.: 94) y en eso colabora la instalación y preservación de las rutinas. Pero en esa rutinización, que está basada en la racionalidad técnica de la biomedicina, se encubre el carácter social e ideológico de su intervención y sobre todo las modalidades de subordinación social y técnica de los pacientes (Menéndez y Di Pardo, 1996).

Aparentemente tanto en las entrevistas, como en una primera observación de la situación en la guardia, los procedimientos parecían estar incorporados en una rutina que se presentaba como dotada de funcionamiento autónomo y automatizado y basada en el conocimiento médico-científico disponible sobre los procedimientos necesarios para prevenir la transmisión vertical (Berg, 1992). Sin embargo, el relato de la mujer nos permite poner de manifiesto las condiciones sociales, técnicas e ideológicas en que están ancladas estas rutinas, entre otras, la desorganización y discrecionalidad en la operatoria cotidiana que lleva a situaciones de maltrato y abre a la posibilidad de situaciones iatrogénicas negativas⁴⁵, la modalidad del seguimiento del embarazo y su desarticulación y el papel que juegan las pacientes en la necesaria articulación entre los servicios de infectología, obstetricia y el laboratorio (y otros), siendo, como en este caso, las mujeres las encargadas de vincular la comunicación entre los distintos profesionales.

A modo de cierre

En el año 2000, haciendo un balance de los cambios ocurridos desde 1993 en el desarrollo de la epidemia y de los avances médico-técnicos sobre VIH/SIDA, en la editorial de un número aniversario de una revista específica sobre el tema, un renombrado médico escribió: *“En estos siete años las páginas de Actualizaciones reflejaron las novedades que en forma acelerada se fueron presentando en el escenario del HIV/SIDA. Así pudimos comentar la primera evidencia acerca de la posibilidad de salvar vidas con drogas antiretrovirales: el estudio ACTG 076 de prevención de la trasmisión perinatal”*, luego continúa enumerando las numerosas y sofisticadas innovaciones en materia de tratamientos y métodos de diagnóstico y análisis que posibilitan *“extremar la racionalidad”* de las decisiones de los médicos y pacientes.

En la Introducción hemos citado una nota del diario Clarín, donde se presentaban bajo el abrumante título “Gracias a la vida” las modalidades de prevención de la trasmisión vertical que hacían posible el “milagro”: un hijo “sano” de una mujer “enferma”. Señalamos también los interrogantes que esta nota disparaba.

Tras el desarrollo del análisis etnográfico podemos abordar los interrogantes que disparó esta nota, y también los que se desprenden de la cita de la editorial del renombrado médico, bajo una nueva luz y también avanzar en la formulación de nuevas preguntas de investigación.

Puede parecer una perogrullada afirmar que la existencia de un recurso técnico no supone su implementación exitosa. Sin embargo, si consideramos la nota del diario Clarín y la editorial citada esto puede no aparecer como tan obvio: pareciera que hay una droga o un conjunto de drogas que salvan vidas y quienes la implementan o las utilizan son sólo los intermediarios entre ellas y las vidas que salvan. El análisis de la historia de la prevención de la trasmisión vertical posibilita cuestionar este presupuesto y poner de manifiesto que no puede pensarse un recurso técnico por fuera del marco de su creación e implementación y de sus usos sociales, ideológicos y políticos. La utilización de un recurso técnico de este tipo está atravesada por procesos de distinto orden y nivel. En el caso que aquí nos ocupa, tanto a nivel del Ministerio de Salud de la Nación como en el nivel de la ciudad de Buenos Aires debieron pasar más de cinco años desde la aparición del protocolo ACTG 076 para que hubiera

“disposición política” para plantear a la prevención de la trasmisión vertical como un área digna de interés político, para que se propusieran las primeras recomendaciones y leyes, para que se monitoreara el trabajo de los efectores de salud en esta área. Aún así, esto no es condición suficiente para el trabajo en prevención de la trasmisión vertical, prueba de ello es que, doce años después de la presentación del protocolo, las declaraciones del Ministro de Salud de la Nación el día internacional de Lucha contra el SIDA sean *“nuestro objetivo es seguir bajando la cantidad de nuevas infecciones y, sobre todo, asegurar que no haya ningún caso de transmisión de madre a hijo durante la gestación y el parto (...) yo quiero que no haya ninguno, que ningún niño nazca con VIH/SIDA en la Argentina”*. En el caso de la institución en la que hicimos el trabajo de campo, la prevención de la trasmisión vertical sólo pudo instalarse tras una serie de negociaciones y disputas entre el servicio de infectología y el de obstetricia. “La reducción de los índices de prevención de la trasmisión vertical” no es entonces un simple milagro de la ciencia, sino que se presenta como consecuencia del interjuego de una compleja trama de procesos que operan en el nivel macro de las decisiones políticas pero también en el microscópico de las instituciones.

En segundo lugar, los tratamientos antirretrovirales para prevenir la trasmisión vertical no son la “bala mágica”. Tal como ha señalado Beatriz Cortés (1997), la biomedicina tiende a la intervención y a la búsqueda de certezas. En el caso del tratamiento para prevenir la trasmisión vertical se omite considerar que aún se desconocen los efectos que la utilización de antirretrovirales durante el embarazo pudiera tener sobre el niño, así también se desconoce el efecto que pudiera tener sobre el futuro tratamiento de la mujer. En particular no se ha considerado el modo en que la utilización de estos procedimientos reconfiguran la experiencia de vivir con la enfermedad y los sentidos asignados a la maternidad y al VIH/SIDA por las mujeres sobre las cuales se implementan (Barber y otras, 2005). Creemos que este último punto puede abrir una línea de investigación a futuro, indagando en particular el modo en que estas mujeres construyen su subjetividad en tanto “pacientes bajo programa”. En esta línea podemos preguntarnos qué tipo de sujetos construyen estas nuevas políticas de prevención de la trasmisión vertical.

A lo largo de este trabajo hemos realizado un análisis etnográfico del modo en que los procedimientos para prevenir la trasmisión vertical se implementan en los contextos

asistenciales, en uno de ellos en particular. Entendemos que el enfoque etnográfico, holístico y relacional ha sido herramientas fundamentales para este análisis. Nuestra permanencia allí, la circulación por los distintos espacios, la incorporación de la perspectiva de distintos actores han enriquecido y complejizado nuestra mirada sobre el problema de investigación. Si bien somos conscientes de los límites que puede tener un análisis demasiado apegado a “lo local”, esta perspectiva ha posibilitado una aproximación al proceso de atención obstétrica al VIH/SIDA desde “dentro” de la institución y de las redes de relaciones que allí se ponen en juego.

Así, en el capítulo V señalamos que el ofrecimiento del test y la implementación del consentimiento informado dentro de los controles prenatales a toda mujer embarazada se inscribía en un modo de atención médico-obstétrico, en el cual el énfasis es puesto en el adecuado desarrollo del embarazo, entendido en términos de proceso biológico y delimitado como objeto de intervención y responsabilidad médica-obstétrica. Sin embargo, planteamos que la implementación del consentimiento informado se desplegaba en una tensión entre el discurso de los derechos y la concepción de autonomía que expresa y el rol tutelar que el médico obstetra debe desempeñar sobre la salud del niño (referida al cuidado y monitoreo del adecuado desarrollo del embarazo) de acuerdo a un patrón arraigado histórica y tradicionalmente. En el capítulo VI señalamos que la constitución de circuitos de devolución de resultados para VIH también está estructurada a partir de la delimitación del objeto médico obstétrico y orientada a detectar los casos positivos. Sin embargo, simultáneamente el requerimiento de las recomendaciones y la presión de la Coordinación SIDA para establecer las instancias de asesoramiento posterior al test, tanto en los resultados positivos como en los negativos, instala un foco de tensión, disputa y negociación entre los distintos profesionales donde se pone en juego la legitimación profesional, el sostenimiento de espacios de poder y la reproducción ocupacional. En lo que respecta a la atención médico-obstétrica de mujeres viviendo con el virus, en el capítulo VII hemos visto que la prevención de la transmisión vertical requiere del establecimiento de sistemas de referencia y contrarreferencia entre los distintos servicios y de nuevas rutinas de atención; sin embargo a partir del análisis etnográfico pudimos dar cuenta de que la implementación de estos cambios (a) pone de relieve la desarticulación entre las distintas instancias de atención que requieren de la habilidad de la mujer para ponerlas en contacto (b) manifiesta la persistencia de la concepción de riesgo y el peligro asociados a la atención de las mujeres infectadas.

Sin duda, la implementación del consentimiento informado como un proceso donde la autorización formal es sólo una parte y la constitución de instancias de asesoramiento previas y posteriores al test, donde se priorice el intercambio entre el personal de salud del hospital y las mujeres que demandan atención, son instancias fértiles de posible intervención para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA en general. A su vez, la atención integral de la mujer embarazada viviendo con el virus, la preservación de su intimidad, su derecho a no ser discriminada, son aspectos fundamentales que deben ser contemplados en los contextos asistenciales. A pesar de que las políticas reconozcan en sus textos la trascendencia de la implementación de estas instancias en la atención obstétrica al VIH, no podemos dejar de señalar que este proceso no es sencillo. No es sencillo porque las políticas no se gestionan desde el vacío, ni tienen un significado unívoco y evidente, sino que se inscriben en una racionalidad particular y se modelan dentro de un conjunto de prácticas, procedimientos y valores previos que nos remiten a la estructura y a las características globales del sistema de atención.

La implementación de medidas para prevenir la transmisión vertical se inscribe en el sistema de atención obstétrico. Sin embargo, la instrumentación de estos procedimientos a la vez modelan el sistema de atención obstétrico generando focos de tensión, disputa y negociación y poniendo de manifiesto sus contradicciones, equívocos y fisuras.

Así, el análisis de las modalidades de prevención de la transmisión vertical ha servido a modo de “analizador” del proceso global de atención obstétrica, ha sido una suerte de “eje conductor” que abrió el campo de indagación.

I. En particular el estudio de los modos de organización y división del trabajo en relación con la prevención de la transmisión vertical nos ha conducido a analizar

(a) la fragmentación del trabajo en el hospital. Se ha planteado (Barber, 1998) que la desarticulación del trabajo institucional se inscribe en lo que, siguiendo a Frankenberg (1994), hemos denominado “construcción de la paciente usuaria”. Este proceso no sólo opera en el plano clínico sino que se expresa en todas las instancias del proceso de atención, así mientras el obstetra interviene sobre el embarazo y su adecuado desarrollo, y el infectólogo sobre el VIH y su progresión, la asistente social se encarga de “educar” o “hablar”

(b) esta fragmentación, no obstante nos remite al modo en que se construye la hegemonía del saber biomédico en el marco de la institución. Tanto con respecto a las otras profesiones u otros abordajes del trabajo en salud como con respecto a las mujeres a quienes subordina

social y técnicamente excluyendo su palabra y su experiencia. No obstante en tanto relaciones de hegemonía y subalternidad se construyen también espacios alternativos y de resistencia.

II. A lo largo de este trabajo hemos procurado dar cuenta -en el marco de la atención obstétrica de la institución en estudio- del modo en que opera la racionalidad técnico-ideológica médica. En particular intentamos destacar, siguiendo a Menéndez y Di Pardo (1996), que ésta opera a partir de la tendencia a convertir en técnicos los aspectos sociales de su intervención. La aproximación etnográfica ha posibilitado poner de relieve los modos específicos en que esta conversión opera en la práctica obstétrica, como por ejemplo el caso de la categorización de embarazos como de alto riesgo. Hemos visto que a lo largo de distintas instancias de la atención se despliega una categorización que divide a “los embarazos” como “normales” o de “alto riesgo” y que a su vez en la institución existían consultorios de “embarazos normales”, determinados consultorios especializados y uno de “alto riesgo” que agrupaba a todas las mujeres que no entraban en las otras dos categorías, entre ellas pacientes psiquiátricas y mujeres viviendo con VIH. Lo que aquí nos interesa destacar es que la clasificación de un embarazo como de “alto riesgo” no es un hecho técnico y objetivo, sino que en este proceso se ponen en juego valoraciones ideológicas y personales, conocimientos y entrenamientos profesionales y prácticas institucionales (Handwerker, 1994). A su vez partir del análisis que hemos desarrollado podemos señalar dos elementos centrales a partir de los que se efectúa esta conversión de lo social-ideológico en técnico (a) la construcción del objeto de intervención biomédica, (b) la constitución y ejecución de rutinas médicas. No obstante la perspectiva etnográfica ha posibilitado cuestionar la uniformidad y “racionalidad técnica” de éstas últimas y poner de relieve las condiciones sociales, técnicas e ideológicas en las que están ancladas.

III. El análisis de la implementación del consentimiento informado ha abierto la posibilidad de estudiar la configuración específica que adquiere en este contexto particular el rol tutelar tradicional que el médico obstetra desempeña y ejerce sobre las mujeres embarazadas a fin de velar y cuidar la salud del niño por venir (esto entendido en términos del correcto desarrollo gestacional del embarazo). El desempeño de ese rol tradicional requiere de la construcción de la mujer como ignorante, incapaz, negligente y necesitada de la guía del médico obstetra o ginecólogo; en el capítulo IV vimos que esta construcción es efectuada a partir de la caracterización etaria, socioeconómica y cultural de las mujeres. De este modo, se presenta una tipificación altamente estigmatizante donde: se tiende a cristalizar la “variabilidad y

heterogeneidad de la demanda” (Margulies, 1998) que define el propio ejercicio profesional, a legitimar el rol tutelar y de control del médico obstetra y a justificar un modo debido de atención. Así, se reduce y naturaliza lo social, lo económico y lo cultural, omitiendo la consideración de la singularidad de los sujetos y homogeneizándolas en la categoría de “nuestra población”.

Sin embargo esta configuración remite al modo debido de atención en la institución en la que efectuamos el trabajo de campo. En este sentido podemos plantear a futuro la apertura del campo empírico de indagación hacia otros centros asistenciales y hacia distintos modos de atención obstétrica. En particular, desde el año 2005 se ha propuesto desde el Ministerio de Salud de la Nación (Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia, 2005) una transformación del modo de atención tradicional que se inscribe en la denominada corriente de “humanización” (SIC) del parto. Así podemos proponer estudiar a futuro el modo en que se construye la hegemonía de un modelo de intervención de en la atención obstétrica, las disputas que lo constituyen, los modos subalternos que se generan y las transacciones que operan en el marco de estas relaciones de hegemonía y subalternidad.

La apertura en la indagación que hemos enumerado a lo largo de este capítulo posibilitó la formulación de un nuevo proyecto de investigación denominado “*Parir con Vih. Un estudio antropológico del proceso de atención de embarazo, parto y puerperio en mujeres que viven con VIH en ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense.*”. En este proyecto intentaremos abordar y reformular los interrogantes e hipótesis que fueron progresivamente abriéndose en el curso de esta investigación.

Anexo

Las mujeres entrevistadas

En el curso de nuestro trabajo de campo efectuamos entrevistas en profundidad a cuatro mujeres que viven con VIH y se atendieron en el centro obstétrico en estudio. En el caso de una de ellas la entrevistamos en el octavo mes de embarazo y repetimos el encuentro al finalizar el trabajo de campo, cuando su hija tenía 11 meses. El contacto con las mujeres se realizó a través de los médicos del servicio de infectología, a excepción de una de ellas que contactamos a través de una trabajadora social. Los encuentros variaron entre 90 y 180 minutos.

Todas las mujeres entrevistadas ya habían tenido a sus hijos en el centro obstétrico, dos habían tenido parto vía vaginal ya que los resultados de los análisis de carga viral realizados durante el último mes de embarazo fueron menores a 1000 copias y las dos restantes lo tuvieron por cesárea.

El proceso diagnóstico de los hijos de mujeres infectadas por VIH se prolonga hasta que el bebé tiene 18 meses de vida, a lo largo de este tiempo se le realizan al niño sucesivas pruebas diagnósticas de diversa complejidad y sensibilidad. La primera muestra se extrae entre las 48 horas y los 7 días de vida y se realiza una prueba de alta sensibilidad y especificidad denominada PCR (ver capítulo IV para más detalle sobre las características de esta prueba diagnóstica). La segunda muestra se extrae entre el primer y segundo mes y la tercera entre el cuarto y el sexto mes de vida; ambas se analizan con la misma técnica PCR. Después de los seis meses se le realizan dos test Elisa cada seis meses y luego se repite la misma prueba a los 18 meses. La infección por VIH se confirma si dos estudios de dos muestras distintas y consecutivas son reactivos. No obstante, un primer resultado positivo no implica necesariamente un diagnóstico de infección, puesto que la mujer puede haberle transmitido durante el embarazo los anticuerpos para el VIH que la prueba detecta. Ninguna de las mujeres contaba con un diagnóstico positivo confirmado de alguno de sus hijos, sólo una de ellas contaba con la confirmación del diagnóstico negativo, todas habían realizado el primer PCR y para todos los niños el resultado fue negativo, sin embargo este primer resultado no implica un diagnóstico negativo definitivo.

Las edades en el momento de la entrevista eran: 20, 25, 26 y 31 años. Dos de las mujeres son argentinas, una paraguaya -que hacía tres años que vivía en el país- y otra de nacionalidad boliviana que había migrado once meses atrás. Sólo una de ellas estaba en pareja en el momento de la entrevista; las restantes habían llevado adelante el embarazo solas pero destacaban la importancia de los vínculos familiares más cercanos (madre, padre y/o hermanos). Dos de ellas eran madres primerizas y dos tenían un hijo o una hija anterior, ninguno estaba infectado.

Dos mujeres residían en la Ciudad de Buenos Aires en villas de emergencia (una en la número 20 de Lugano y otra en la 5 –Ciudad Oculta), las otras dos residían en el partido de La Matanza. Ninguna de las mujeres contaba con un empleo fijo remunerado aunque todas remiten empleos anteriores, una de ellas vivía con sus padres y había decidido no trabajar desde el embarazo, otra había perdido un precario empleo en un taller de costura a causa de su embarazo, otra tenía con su padre un negocio muy pequeño en su casa y una era ama de casa. Dos habían pasado por el nivel universitario de educación por un año y una había terminado la secundaria.

Los recorridos institucionales en busca de atención obstétrica fueron diversos, en este marco cabe señalar que tres de las mujeres se habían atendido previamente en otros centros asistenciales. Una de ellas había comenzado a atenderse en una clínica privada donde, tras realizarse los primeros estudios prenatales, recibió el diagnóstico e ingresó por guardia al sistema de atención del centro obstétrico tras una descompensación luego de recibir la noticia del primer resultado. Otra de ellas se atendió durante todo el embarazo en el centro obstétrico y realizó el ingreso por medio de la consulta de orientación, la elección del lugar la realizó por una cuestión de cercanía geográfica y a pesar de no tener buenas referencias en cuanto al trato. Una de ellas se realizó la primer prueba para confirmar el embarazo en una maternidad pública del sur de la ciudad y allí le recomendaron que continuara su atención en un centro de salud cercano a su domicilio, cuando recibió el primer resultado positivo del test para VIH desde allí la derivaron al hospital. Finalmente la otra de las mujeres, comenzó a atenderse en una salita de su barrio y tras realizarse dos pruebas Elisa (una indeterminada, la otra positiva) fue derivada al centro obstétrico para realizar el seguimiento del embarazo y la consulta con infectología.

A pesar de las variadas trayectorias de vida de estas mujeres las cuatro fueron diagnosticadas durante los controles prenatales del último embarazo en diferentes etapas de la

gestación y las cuatro suponen que se infectaron a través de relaciones sexuales no protegidas. En este punto debe señalarse que, aunque todas las mujeres notificaron a sus ex o actuales parejas su situación serológica, sólo uno de los compañeros se realizó la prueba diagnóstica, el resultado en este caso fue reactivo.

Notas

1. En particular para el caso de la medicina obstétrica se ha denominado ‘personificación del feto’ al proceso en el cual, a partir de la introducción de diversas tecnologías en el diagnóstico prenatal, se produce una creciente individualización del feto como sujeto y como una entidad diferenciada de la madre (Rapp, 1997, citada en Roca, 2006). Al mismo tiempo este proceso posibilita la delimitación del objeto de intervención médico obstétrica, esto es, el feto es el paciente, más allá de los síntomas y sensaciones de la mujer-madre, a la que se le asigna el rol de ‘portera’ (*gatekeeper*) (ibidem) o “portadora de embarazo”.
2. Algunas de estas entrevistas fueron realizadas en el marco de la etnografía más amplia del UBACyT.
3. La modalidad, acordada con los médicos infectólogos, era la siguiente: nosotras aguardábamos en el pasillo del consultorio mientras los médicos atendían, en el curso de la consulta ellos le comentaban que había un grupo de antropólogos (varias veces escuché ‘sociólogos’) que estaban haciendo una investigación en el hospital y les preguntaban si estaban dispuestos a conceder una entrevista; en caso de la persona accediera nos la presentaba en el pasillo y acordábamos el encuentro, podía ser en ese momento en algún espacio del hospital o los alrededores o nos intercambiábamos teléfonos para acordar lugar, día y horario. En mi caso particular les especifiqué previamente a los médicos los criterios que estaba utilizando para seleccionar entrevistadas. Debe subrayarse que esta fue la modalidad requerida por los infectólogos para mantener la privacidad del paciente, no obstante en oportunidades olvidaban preguntar en la consulta y al vernos esperando en el pasillo lo recordaban, por lo que en esos casos les preguntaron en el pasillo, frente nuestro y sin preservar la intimidad de las personas.
4. La carga viral es la cantidad de copias del VIH por unidad de volumen de sangre y se considera un indicador del avance de la infección. La medición de la carga viral puede efectuarse a través de tres técnicas de laboratorio distintas basadas en la técnica de reacción en cadena de polimerasa (PCR) que es el método más sensible de detección de infección por VIH. Aunque una persona esté infectada y pueda transmitir el virus, el nivel de carga viral puede ser indetectable, esto es que la cantidad de virus en sangre es inferior

a lo que el virus puede detectar, las cantidades son 400, 200 o 50 según el método empleado

5. Cuando el VIH ingresa en el organismo ataca un grupo de células del sistema inmunológico conocidas como linfocitos T, en particular del tipo denominado CD4. El recuento de estas células es considerado, junto con la carga viral como un indicador de la progresión del virus y el avance de la infección. Para la mayoría de los laboratorios los valores normales de recuento de CD4 es de 800 a 1050 por mm³. Se considera que ante recuentos de CD4 inferiores a 300 o 200 mm³ suelen presentarse las primeras enfermedades oportunistas, por lo tanto puede considerarse como un indicador (conjuntamente con la carga viral y el estado clínico de la persona) para iniciar tratamiento y profilaxis de infecciones.
6. Este estudio fue desarrollado por el *Pediatric AIDS Clinical Trial Group* de EEUU y Francia y se comparó la transmisión vertical en mujeres embarazadas infectadas por VIH a las que se les administró zidovudina (AZT) durante el embarazo y parto y al recién nacido, con un grupo control que recibió placebo, obteniendo una muy importante reducción de la transmisión de la infección, 8,3% en el grupo que recibió AZT frente al 25,5% en el que recibió placebo
7. Uno de nuestros entrevistados refirió un estudio en un hospital de la ciudad de Buenos Aires que estimó las probabilidades de transmisión en un 35% en caso de no mediar ningún tratamiento
8. En esta ley, reglamentada por el decreto 1244/91, se establece que la realización de la prueba diagnóstica para VIH debe realizarse con el consentimiento informado del paciente previa charla informativa
9. Estudios posteriores de 1996, 1998 y el 2000, indicaron que la programación de una cesárea en mujeres con una carga viral superior a 1000 copias reducía las posibilidades de transmisión a niveles mínimos. Como veremos más adelante las recomendaciones de los años subsiguientes incorporarán estas pautas.
10. La ley nacional 24.455 de 1995 establecía la obligatoriedad para las obras sociales de ofrecer cobertura de métodos de diagnóstico y tratamiento sobre VIH/SIDA para sus afiliados. En 1996, la ley 24.754 establecía lo propio para los servicios de medicina prepaga.

11. Existen distintos métodos de diagnóstico de laboratorio de infección de VIH. El método más comúnmente usado es el de Elisa (1985) que utiliza proteínas artificiales del VIH que son capaces de atrapar anticuerpos del virus y luego detectarlos e indicarlos con un agente reactivo, éste es un método de alta sensibilidad y de sencilla instrumentación, pero requiere de una prueba confirmatoria que usualmente se realiza por la técnica Western Blot de detección más específica y cuyo empleo es más complejo. Los tests rápidos tienen una sensibilidad similar al test Elisa (más del 97%) y permiten obtener el resultado del test dentro de los 30 minutos posteriores a la extracción, ante un resultado positivo requiere de la confirmación con un Elisa y un Western Blot. Los tests rápidos son provistos desde el año 2001 a los efectores de salud de la ciudad.
12. Incluso debe destacarse que el centro obstétrico tiene una entrada para el público diferente de la del hospital general
13. Éstos son centros de salud de atención primaria que también son Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico del VIH/SIDA (CePAD). Estos espacios funcionan en centros de salud, hospitales y organizaciones comunitarias y allí pueden hacerse consultas sobre VIH/SIDA, retirar material informativo y realizarse el test de Elisa.
14. Esta iniciativa de UNICEF cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación y de la Sociedad Argentina de Pediatría. Para que una maternidad sea acreditada con el “Certificado de Compromiso” debe cumplir con diez pasos: (1) tener una política escrita de lactancia materna, que sea periódicamente comunicada a todo el personal; (2) capacitar a todo el personal para implementar esta política (UNICEF da cursos periódicamente sobre el tema); (3) informar a toda mujer embarazada sobre los beneficios y el manejo de la lactancia materna; (4) ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora posparto; (5) mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia materna, aún si deben ser separadas de sus bebés; (6) no dar a los recién nacidos ningún otro alimento o bebida que no sea leche materna; (7) practicar la internación conjunta, facilitando que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día; (8) fomentar el amamantamiento a requerimiento del bebé y de la madre; (9) no recomendar a los recién nacidos normales chupetes u otros objetos artificiales para succión; (10) fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y derivar a ellos a las embarazadas y madres en el momento del alta. Recordemos que una de las medidas preventivas de la transmisión vertical del VIH es la suspensión de la lactancia materna.

15. A este consultorio son derivadas generalmente las mujeres que tienen dos o más cesáreas previas.
16. Las mujeres (o sus acompañantes) que esperaban ser atendidas para la consulta de orientación manifestaron, en conversaciones informales que, para conseguir un número, debe concurrirse antes de las seis y media de la mañana.
17. En este último caso la mujer, que estaba con una fuerte hemorragia, pudo pasar al consultorio sin aguardar en la sala de espera, pero una vez recostada en la camilla debió esperar que la obstétrica residente de guardia se dispusiera a atenderla.
18. Con respecto a los anestesiistas uno de nuestros entrevistados señaló que la incorporación de ellos en las guardias del fin de semana fue reciente y que anteriormente debían derivar a los centros públicos más cercanos a todas las mujeres que podrían llegar a requerir una intervención quirúrgica.
19. Cabe señalar que el hospital estuvo en reforma edilicia durante más de cuatro años (hasta el 2003) y en ese período no sólo había inconvenientes por la obra en curso sino que la división de obstetricia debió funcionar con veinte camas, menos de un tercio de lo actual.
20. De todos modos el maltrato no fue exclusivamente dirigido a mujeres extranjeras.
21. Un resultado positivo en un primer test (con la técnica Elisa) no es definitivo sino que tiene que seguir el algoritmo de test confirmatorios, un segundo test Elisa y luego otro test de mayor sensibilidad denominado Western blott. A su vez un resultado negativo tampoco es definitivo ya que el virus tiene un período ventana de tres meses en los cuales aún no se desarrollan los anticuerpos que el test detecta.
22. Analizaremos este último punto en el capítulo siguiente.
23. Hay un segundo test en el último trimestre solicitado por el médico/a obstetra que lleva adelante los controles prenatales. En caso de que la mujer carezca de controles prenatales o de una serología en el último trimestre en la guardia se le ordena un test rápido que se envía al laboratorio de emergencia y cuyo resultado se obtiene en 25 minutos aproximadamente.
24. En una de las oportunidades en que realizamos las observaciones a nuestra presencia y la de la obstétrica se sumó la de dos estudiantes de medicina y una de la carrera de obstetricia (recuérdese que el consultorio mide aproximadamente 2 x 2,5 mts). Entendemos que esta modalidad, sumado a las numerosas interrupciones en el curso de la consulta, implican una forma de violentar la intimidad de la mujer y en un primer

momento generó un cuestionamiento sobre nuestro lugar allí (ver capítulo sobre aspectos metodológicos)

25. Esta derivación a consultorios privados se efectúa por la falta de turnos en el hospital (deberían esperar de un mes y medio a dos meses). Frecuentemente -y dependiendo de la profesional- la derivación se hizo a algún centro específico en especial a uno de propiedad de los médicos del hospital. En estos casos la obstétrica anotó la dirección y el teléfono del lugar en el reverso de la orden.
26. Durante los años 2005 y 2006 desde la Coordinación SIDA se ofrecieron repetidos cursos para capacitar obstétricas, trabajadoras sociales y “miembros de la comunidad y asociaciones civiles” en esta materia.
27. Esto en relación con el período ventana del virus. Como vimos en el capítulo III, el test de Elisa detecta los anticuerpos que el organismo genera ante la presencia del VIH, proceso que puede demorar entre 3 y 12 semanas. Por lo tanto, si una persona se realiza el análisis durante este período el resultado puede ser no reactivo (puesto que aún no se generaron los anticuerpos que la prueba detecta) a pesar de estar infectado.
28. En el capítulo anterior hemos señalado la importancia que en la consulta de orientación se le da al relevamiento de la dirección y el teléfono de la mujer por este motivo.
29. Aunque la mujer fue diagnosticada en un centro de salud del área programática del hospital y no en el centro obstétrico nos interesa dar cuenta de los posibles problemas que puede presentar este tipo de sistema, más allá de la institución puntual en la que se implemente.
30. Es el tiempo mínimo de espera del Western blot, según lo manifestó la Jefa de Laboratorio en la entrevista
31. En relación con los “falsos positivos”, la obstétrica residente nos narró en la entrevista lo siguiente: “hubo una época en el hospital que hubo un problema con el reactivo y daba positivo a cualquiera (...) nos tocó en la guardia que tres pacientes fueron positivas y dudamos de la certeza de ese análisis y se llamó a Coordinación SIDA y ellos dijeron esto fue azaroso, un error que hubo...”.
32. La difusión del consultorio atendido por las trabajadoras sociales y la residente obstétrica en ese momento se limitaba a algunos carteles confeccionados a mano colgados en la sala de espera del centro obstétrico y a la divulgación por parte de los médicos o médicas obstetras.

33. En una entrevista informal, el jefe del servicio materno infantil nos manifestó en noviembre de 2005 su preocupación por la gran cantidad (800 en primer semestre del año) de resultados no reactivos que aún quedaban sin devolver.
34. Esto debe vincularse con el ingreso de la maternidad del hospital en la modalidad fomentada por el PROMIN (Programa Materno Infantil –del Ministerio de Salud de la Nación) denominada “Maternidades centradas en la familia” (2005), que entre otras medidas propone la instalación de un hospital de día para embarazadas y así implementar tratamientos ambulatorios reduciendo la necesidad de internación.
35. Ninguno de los profesionales entrevistados hizo referencia a la existencia de una instancia de asesoramiento posterior al test en este caso.
36. Cabe destacar que esta asignación de funciones no es patrimonio exclusivo de la institución, sino que está enraizada en el modo dominante de concebir a la biomedicina. Este punto es ilustrado con la cita de la entrevista al funcionario de Coordinación SIDA en el comienzo del capítulo y referida a las razones de la “flexibilización” de la Ley de SIDA.
37. Las mujeres que conocían previamente su diagnóstico también se atienden en este consultorio pero o bien son derivadas de infectología, de la consulta de orientación o de otra instancia de atención.
38. Debe aclararse, sin embargo, que aunque había disponibilidad de AZT en ampollas para utilizar durante el trabajo de parto, su distribución presentaba frecuentes problemas. Un informe del Centro de Estudios Legales y Sociales (2000) refiere en particular problemas de abastecimiento hacia inicios de 1999.
39. Recuérdese que en la institución “consultorio de embarazos de bajo riesgo” y consultorios de embarazo normal se utilizan como intercambiables.
40. El VIH es un virus que se replica rápidamente y con una gran mutabilidad; en la generación de nuevas cepas virales pueden presentarse algunas que sean resistentes a la medicación antirretroviral. Mientras los niveles de carga viral sean bajos existirán bajas probabilidades de desarrollar resistencias dado que el virus no se multiplica en gran cantidad. Los tratamientos antiretrovirales mantienen bajos estos niveles, pero al discontinuarlos se favorece la replicación viral y se abren las posibilidades de generar resistencias. Una vez que el virus presenta resistencia a alguna droga o esquema

terapéutico éste debe modificarse sin posibilidad de volver a repetirlo (éste proceso se conoce coloquialmente como “quemar esquemas”)

41. Inferimos que debe existir un banco de reserva de estos componentes en el hospital ya que una de las mujeres que fue diagnosticada e internada en el octavo mes de embarazo sin poder realizar el trámite recibió la medicación antirretroviral, las ampollas y el jarabe para el recién nacido durante la internación.
42. Incluso no se recomienda cesárea por los riesgos de infección durante la intervención quirúrgica.
43. Esta modalidad de prescribir el test rápido no es la establecida por las Recomendaciones (que lo pautan para mujeres que no tienen una serología en todo en embarazo y no sólo en el último trimestre). Sin embargo en la entrevista con un médico infectólogo de Coordinación SIDA que participó de la redacción de las Recomendaciones, éste manifestó los cambios en los criterios de utilización: “...en verdad se tiene que pedir al primer trimestre y al final, porque bueno, siguen teniendo relaciones sexuales, claro, las embarazadas tienen relaciones sexuales, es un problema que los médicos no tienen mucho en cuenta, de todas maneras nosotros al principio cuando empezamos esto, nos contentábamos con que por lo menos pidieran una vez el VIH; ahora ya nos parece que por lo menos lo tienen que pedir dos veces al principio y al final en la primer consulta y próxima a alumbrar, para asegurarnos, porque si llegara a tener una infección en el momento próxima al parto es muy probable que el chico nazca infectado (...) y por el período ventana sí, sí, sí...”
44. Cabe destacar la baja probabilidad de transmisión del VIH en los casos de accidentes de trabajo en comparación, fundamentalmente, con el virus de las hepatitis B y C.
45. Con relación a este punto podemos tomar el caso de la rutina de supresión de la lactancia en mujeres VIH. Esta medida de prevención de la trasmisión vertical está contemplada en todas las recomendaciones y todos los profesionales de la división de obstetricia señalaron que durante la internación se provee a la mujer de mamaderas con leche maternizada y de pastillas inhibidoras de la lactancia. Sin embargo una de las mujeres entrevistadas nos contó “...la infectóloga me comentó, yo ya sabía (...) que no le iba a poder dar el pecho, pero me iban a dar unas pastillas que te sacaban la leche, te la reducían para que no te salga más (...) cuando estuve en el hospital yo no me di cuenta, como a ella le daba mamadera y después cuando salí tenía los pechos duros y ya me dolía y ahí recién viste

caí entonces antes de irme pedí esas pastillas, bueno me las dieron que son dos pastilla que las tomás una vez y chau (...) sí, fui a pedirle a una obstetra (...) pasaba por las salas, a controlar bueno, se la pedí a una de ellas y me las dio...” (V25 - V). Así, la mujer es la que solicita que se implemente la rutina de la toma de la pastilla de inhibición de la lactancia tras ser advertida por la infectóloga. En la sala le habían provista de mamaderas pero omitieron atender las molestias y el dolor causados por no dar a mamar sin ablación de la lactancia.

Bibliografía

- Aggleton, P. y Parker, R. (2003) “HIV and AIDS related stigma and discrimination a conceptual framework and implications for action”, En: *Social Science and Medicine*, 57, 13-24.
- Almeida-Filho, N. (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Alves, P.; Rabelo, M. y Souza, I. (1999) *Experiência da doença e narrativa*. Editora Fiocruz, Río de Janeiro.
- Barber, N. (1998) *Los empleados administrativos en el proceso asistencial hospitalario*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas.
- Barber, N.; Gagliolo, G.; García, G. y Margulies, S. (2005) “(...) la doctora evalúa y ve cómo está el cuerpo internamente. La construcción del cuerpo en pacientes afectados por vih-sida”. Ponencia presentada a la Mesa “Antropología del Cuerpo”, Primer Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, 11 al 15 de julio.
- Barber, N. y Margulies, S. (en prensa) “Procesos de atención de personas que viven con Vih. Un enfoque desde las trayectorias terapéuticas”. En: Grimberg, Mabel (comp.) *Narrativas y experiencias de padecimiento. Abordajes antropológicos*. Coedición Facultad de Filosofía y Letras UBA/Santiago Alvarez Editor, Buenos Aires
- Barnett, T. y Whiteside, A. (2002) *AIDS in the twenty first century. Disease and Globalization*. Palgrave Macmillan, Basingstoke
- Bedimo, A, Bessinger, R. y Kissinger, P. (1998) “Reproductive choices among HIV-positive women” *Social Science & Medicine*, 46 (2): 171-179, enero.
- Béhague, D. (2002) “Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women’s resistance to social inequality”. En: *Culture, medicine and psychiatry*, 26, 473-507.
- Bennetts, A. y otros. (1999) “Determinants of depression and HIV-related worry among HIV-positive women who have recently given birth, Bangkok, Thailand”. En: *Social Science & Medicine*, 49 (6): 737-749, Septiembre.
- Berg, M. (1992) “The construction of medical disposals. Medical sociology of medical problem solving in clinical practice”. En: *Sociology of Health and Illness*, 14 (2): 151-179.
- Bianco, M. (2003) “La respuesta Argentina frente al VIH/SIDA. ¿Qué pasó?, ¿dónde

estamos?, ¿qué se hizo?” Publicación electrónica del FEIM: www.feim.org.ar.

- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1995) *Respuestas para una antropología reflexiva*, Grijalbo, México.
- Brown, T. (2000) “AIDS, risk and social governance” En: *Social Science and Medicine*, 50, 1273-1284.
- Campbell, C. (1990) “Women and AIDS”. En: *Social Science and Medicine*, 30 (4): 407-415.
- Castro, A. y Farmer, P. (2003) “El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima”. En: *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 29-48, octubre.
- Cohen, S. (1988) *Visiones de control social, Promociones y publicaciones universitarias*, Barcelona
- Cortés, Beatriz. (1997) *Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura*. En: *Nueva Antropología*, 16 (52): 89-115, México
- El Nemer, A. y otros (2006) “‘She would help me from the heart’: an ethnography of egyptien women in labour” En: *Social Science and Medicine*, 62: 81-92.
- Fassin, D. (2001) “Une double peine. Le condition sociale des inmigrés malades du sida” En: *L’homme. Revue française d’anthropologie*, 160: 137-167
- Fassin, D. (2003) “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia” En: *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 49-78, octubre.
- Farmer, P. (2004) “An anthropology of structural violence” (Sindey W. Mintz Lecture for 2001). En: *Current Anthropology*, 45(3): 305-321, Junio
- Foucault, M. (1991) “La gubernamentalidad”. En: *Espacios de Poder*. La Piqueta, Madrid.
- Foucault, M. (1996) *Genealogía del Racismo*. Altamira, La Plata, Argentina.
- Frankenberg, R. (1988) “‘Your time or mine’: temporal contradictions of biomedical practice”. En: Frankenberg, R. (ed) *Time, Health and Medicine*. Brunel University, Uxbridge.
- Frankenberg, R. (1994). "The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and culture within British community epidemiology: Candidates or targets for prevention". En: *Social Science & Medicine*, 38 (10): 1325-1335.
- García, M. G. (2005) “La prevención de la transmisión vertical del vih-sida: un análisis antropológico de las consultas de orientación de un centro obstétrico de un hospital de agudos del sur de la Ciudad de Buenos Aires”, ponencia presentada en la Mesa “Cuerpo,

Enfermedad y salud” de las III Jornadas de Investigación en Antropología Social, Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

- García, M. G. (2006) “El proceso de atención del Vih-Sida en un centro obstétrico del sur de la CBA: un análisis desde la perspectiva de las mujeres” ponencia presentada en el VIII Congreso de Argentino de Antropología Social, Salta, Septiembre.
- Garro, L. y Mattingly C. (2000) “Narrative as construct and construction”. En: Garro, L. y Mattingly, C. (eds) Narrative and the cultural construction of illness and healing. University of California Press, Los Angeles.
- Gibson, D. (2004) “The gaps in the gaze in South Africans Hospitals” En Social Science and Medicine, 59 (10).
- Good, B. (1994) Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective. Cambridge, Cambridge University Press.
- Grimberg, M. (1995) “‘Tomadoras activas’ y ‘víctimas propicias’: la mujer en la construcción médica del Vih-Sida”. En: Salud y cambio. Revista chilena de Medicina social. 6 (20), Santiago de Chile.
- Grimberg, M. (1997) “Vih-Sida y proceso de salud-enfermedad-atención: construcción social y relaciones de hegemonía”. Seminario taller de capacitación de formadores. LUSIDA, Buenos Aires.
- Grimberg, M. (1999) “Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al Vih-Sida en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires”. En: Cuadernos Médicos-Sociales 75: 65-76.
- Grimberg, M. (2000) “Género y Vih-Sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con Vih”. En: Cuadernos Médicos-Sociales 78: 41-54.
- Grimberg, M. (2002) “Vih-Sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con Vih”. En: Cuadernos Médicos-Sociales 82: 43-59.
- Grimberg, M. (2003a) “Estigmatización y discriminación social relacionada al VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana” En: VIH/Sida Estigma y discriminación: un enfoque antropológico, Estudios e Informes, Serie Especial, 20, UNESCO
- Grimberg, M. (2003b) “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas

- que viven con Vih” En: Cuadernos de Antropología Social, 17: 79-100, octubre.
- Grimberg, M.; Margulies, S.; Wallace, S. (1997) “Construcción Social y Hegemonía: Representaciones médicas sobre Sida. Un abordaje antropológico”. En: Kornblit, A. (comp.) Sida y Sociedad, Espacio Editorial, Buenos Aires,
 - Handwerker, L. (1994) “Medical Risk: Implicating poor pregnant women” En: Social Science and Medicine, 38 (5): 665-675.
 - Hansen, H (1997) “Patients’ bodies and discourses of power”. En: Shore, C. y Wright, S. (ed) Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power. Routledge, London.
 - Hopkins, K.; Barbosa, R.; Knauth, D.; Potter, J. (2005) “The impact of health care providers on female sterilization among women with hiv in Brazil”. En: Social Science and Medicine, 61 (3): 541-554, agosto.
 - Kline, A; Strickler, J.; Kempf, J. (1995) “Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women” En: Social Science & Medicine, 40 (11): 1539-1547, junio.
 - Knauth, D.; Barbosa, R.; Hopkins, K. (2003) “Between personal wishes and medical “prescription”: mode of delivery and post-partum sterilisation among women with HIV in Brazil”. En: Reproductive health Matters, 11 (22):113-121.
 - Hough, E.; Brumitt, G.; Templin, T.; Saltz, E.; Mood, D. (2003) “A model of mother–child coping and adjustment to HIV” En: Social Science & Medicine, 56 (3):643-655, febrero
 - Maglio, I. (2001) Guía de buena práctica ético legal en VIH/SIDA, Arketipo, Buenos Aires.
 - Malinowski, B. (1971) Crimen y costumbre en la sociedad salvaje (1926). Ariel, Barcelona.
 - Margulies, S. (1998) ““Candidaturas” y Vih-Sida: tensiones en los procesos de atención” En: Cuadernos Médico Sociales, 74:53-59.
 - Margulies, S. (2005a) presentación en el panel “Distintas Visiones de “Adherencia””. Primer Encuentro Nacional de Organizaciones para el Trabajo en Adherencia a los Tratamientos Antiretrovirales, Buenos Aires.
 - Margulies, S. (2005b) “Sobre la despolitización de la ética en nombre de la libertad y la igualdad. La respuesta de la antropología”, presentación en la Mesa Redonda “Problemas éticos en la investigación antropológica”, VII Jornadas Nacionales de Antropología

Biológica, Córdoba

- Margulies, S. y Merkier, H. (1998) “Atención de pacientes con VIH/SIDA y personal de enfermería: la construcción social de la bioseguridad”. En: Actas del V Congreso de Antropología Social, La Plata.
- Margulies, S. y Tiscornia, S. (comp) (2003) Acceso al sistema público de salud. Cuadernos del Instituto de Investigaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Coedición Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires/Sección de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1990) Morir de alcohol. Ed. La Casa Chata, México.
- McCallum, C. y dos Reis, M (2005) “Chilebirth as ritual in Brazil: Young mother’s experiences” En: Ethnos, 70 (3): 335-360.
- Menéndez, E. (1994) “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?” En: Alteridades 4 (7):71-83.
- Menéndez, E y Di Pardo, R. (1996) De algunos alcoholismos y algunos saberes. Ediciones de la Casa Chata, CIESAS, México.
- Nari, M. (2004) Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940, Biblos, Buenos Aires
- Pierret, J. (2000) Everyday life with AIDS/HIV: surveys in the social sciences. Social Science and Medicine, 50 (11), 1589-1598.
- Pierret, J. (2003) “The illness experience: state of knowledge and perspectives for research”. En: Sociology of Health & Illness, 25: 4-22.
- Pivnick, A.; Jacobson, K.; Mulvihill, M.; Ming A.; Drucker, E. (1991) “Reproductive Decisions among hiv infected, Drug-Using Women: The Importance of Mother-Child Coresidence” En: Medical Anthropology Quarterly, 5 (2): 153-169, junio
- Roca, A. (2006) Tecnología y Sociedad. Dimensiones Sociales de nuevas tecnologías aplicadas a la salud y el cuerpo. Tesis de Maestría en Políticas y Gestión de la Ciencia y la Tecnología, UBA
- Rockwell, E. (1987) “Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985)” Edición de la cátedra Metodología y Técnicas de la Investigación de campo, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Román, O (1997) “Etnografía y drogas: discursos y prácticas” En: Nueva Antropología, 16 (52): 39-66. agosto.

- Shore, C. y Wright, S. (1997) "Policy: a new field of anthropology". En: Shore, C. y Wright, S. (ed) *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*. Routledge, London.
- Siegel, K.; Gorel, E. (1997) "HIV-infected women: Barriers to AZT use". En: *Social Science & Medicine*, 45 (1): 15-22, junio.
- Standing (1992) "AIDS Conceptual and methodological issue in researching sexual behavior in Sub-saharian Anfrica" En: *Social Science and Medicine*, 42 (9): 1203-1216.
- Tanassi, L. (2004) "Compliance as strategy: the importance of personalized relations in obstetric practice". En: *Social Science & Medicine*, 59(10): 2053-2069
- Treichler, P. (1988) "AIDS, Gender and Biomedical Discourse: currents contests for meaning". En: Fee, E. y Fox, D. (comps) *AIDS. The Burdens of Hisotry*, University of California Press, Los Angeles.
- UBACyT F-093, programación 2001-2002. "Construcción social y vih-sida. procesos de atención medica. la atención del vih-sida en hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires.". Programa de Antropología y Salud, Sección de Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- van der Geest, S. & Finkler, K (2004): "Hospital Ethnography: Introduction". En: *Social Science and Medicine*, 59 (10): 1995-2001.
- Weber, M. (1985) "Burocracia". En: *Ensayos de Sociología Contemporánea I*. Planeta-Agostini, Buenos Aires.
- Wrubel, J.; Moskowitz, J.; Richards, A.; Prakke, H.; Acree, M.; Folkman, S. (2005) "Pediatric adherence: Perspectives of mothers of children with HIV". En: *Social Science & Medicine*, 61 (11): 423-2433, Diciembre

Fuentes

- Centro de Estudios Legales y Sociales (2000): Informe Anual de la situación de derechos humanos en Argentina.
- Coordinación Sida (2001): Plan estratégico, GCBA, Buenos Aires
- Coordinación Sida (2001): *Revista INFOSIDA* N° 1, GCBA, Buenos Aires.
- Coordinación Sida (2002): Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del Vih, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes, GCBA, Buenos Aires
- Coordinación Sida (2004): Actualización de las recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del Vih, GCBA, Buenos Aires.
- Coordinación Sida (2006): *Revista Infosida* N° 5, GCBA, Buenos Aires
- Decreto 1981, gobierno de la ciudad de Buenos Aires.
- Ley nacional 23.798. Decreto 1244/91
- Ley nacional 24.455
- Ley nacional 25.543
- Ministerio de Salud y Acción Social (1994): resolución 169
- Ministerio de Salud y Acción Social (1997): Norma Nacional de Sida en Perinatología, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Acción Social (1997): resolución 105.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2001): Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005): Boletín sobre vih-sida en la Argentina, Año XII, N° 24, Buenos Aires
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005): Guía para la atención de parto normal en maternidades centradas en la familia, Buenos Aires.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Secretaría de Salud - Departamento Materno Infantil

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		RAZA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		CONTROL PRENATAL EN																																													
NOMBRE				dia mes año		blanca		si		ninguno primario		casada estable		PARTO EN																																													
DOMICILIO				EDAD (años)		indígena		no		secund. univers.		soltera		NUMERO IDENTID. 20 2443																																													
LOCALIDAD				< de 18 / > de 40		mestiza		si		años en el mayor nivel		otro																																															
TELEF.						negra		no																																																			
ANTECEDENTES				OBSTETRICOS				gestas previas				abortos				vaginales				nacidos vivos				viven				FIN EMBARAZO ANTERIOR																															
FAMILIARES PERSONALES				ULTIMO PREVIO				partos				cesáreas				nacidos muertos				muertos 1° sem.				EMBARAZO PLANEAADO				FRACASO METODO ANTICONCEP.																															
no si				<2500g / >4500g / preeclampsia-eclampsia				3 espont. consecutivos								después 1° sem.				si no				si no																																			
cirugía tracto reprod. / infertilidad / VIH / hipertensión / preeclampsia-eclampsia / otros																				no barrera DIU / indera dens natural / hormonal																																							
GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE por FUM				MOVIM. FETALES desde				CIGARRILLOS POR DIA				ALCOHOL				DROGAS				ANTITETANICA				ANTIRUBEOLA				EX. NORMAL																											
PESO ANTERIOR / TALLA (cm) / FPP				si Eco <20 s. / no				dia mes				0= no fuma				no si				vigente si no / DOSIS 1 2				previa no sabe / embarazo no				si no / ODONT. / MAMAS / CERVIX																															
BACTERIURIA / GRUPO Rh				PAPANICOLAOU				VIH solicitado				VDRU/RPR <20 sem				SIFILIS confirmada por FTA				VDRU/RPR ≥20 sem				Hb <20 sem				Fe/FOLATOS indicados				Hb ≥20 sem				ESTREPTOCOCCO B				PELVIANA																			
no si / no se hizo				vigente / no solicitado				si no				no si / no se hizo				no si / no se hizo				si no / no				si no / no				35 - 37 semanas / no se hizo				si no / célica																											
dia mes edad gest. peso PA altura uterina presen tación latidos fetales																																																											
PARTO ABORTO				CONSULTAS PRENATALES				HOSPITALIZ en EMBARAZO				CORTICOIDES ANTEVATALES				INICIO				RUPTURA MEMBRANAS ANTERPARTO				EG sem.				Tiempo hasta el parto				EDAD GEST. por FUM				PRESENTACION																							
fecha de ingreso / CARNE				total / dias				CICLO UNICO				espontáneo / inducido / cesar. elect				no si				<37 sem / ≥18 hs.				semanas / dias				por FUM / por Eco				célica / pelviana / transversa																											
hora min / COMPANIA				POSICION				Conte. / 10' / DILATACION				ALTURA				FCF / DIPS																																											
g / hora min																																																											
TRABAJO DE PARTO				NACIMIENTO				ACOMPANANTE				POSICION PARTO				DESGARRO Grado				OCITOCICOS EN ALUMBRAMIENTO				PLACENTA COMPLETA				LIGADURA CORDON				MgSO4				oocitocina				antibiot.				analgésia				anest. regional				anest. oral				transfusión			
MORTO / parto / ignora momento				vivo				pareja / otro / familiar / ninguno				sentada / cuclillas / acostada				1 2 3 4				otococina / otro / ninguno				si no				precoz (<30s) / tardía (>30s)				no si				no si				no si				no si				no si											
hora min / dia mes año				MULTIPLE				esport. / cesárea / otra				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO																																															
RECIE NACIDO				PER. CEFAUICO				EG CONFIABLE				PESO AL NACER				APGAR				REANIMACION				FALLECE en SALA de PARTO				REFERIDO				ATENDIO				PARTO				NEONATO																			
SEXO / PESO AL NACER				cm				sem. / dias				f m / menor 2500 g				1° min. / 5°				máscara / tubo / masaje / adrenalina				si no				otro hosp.				médico / enf. obst. / auxil. / estud. / empir. / otro																											
DEFECTOS CONGENITOS				LONGITUD				FUM / ECO / ESTIMADA																																																			
menor / mayor				cm																																																							
ENFERMEDADES				TAMIZAJE NEONATAL NORMAL																																																							
menor / mayor				VDRL / TSH / Hbpatia / Audición / Bilir. / Meconio 1° dia / Boca amba																																																							
ENFERMEDADES				EGRESOR N				EGRESO MATERNO																																																			
menor / mayor				vivo / fallece / fallece después de traslado				viva / fallece / fallece después de traslado																																																			
ENFERMEDADES				LACTANCIA				PESO AL EGRESO (g)																																																			
menor / mayor				exclusiva / parcial / fórmula				g																																																			
ENFERMEDADES				ANTIRUBEOLA POST PARTO				ANTICONCEPCION																																																			
menor / mayor				barrera / ligadura tubaria / DIU / natural / hormonal / otro				ninguna / barrera / DIU / natural / hormonal / otro																																																			
ENFERMEDADES				Reside en Ciudad de Buenos Aires																																																							
ENFERMEDADES				Reside en Ciudad de Buenos Aires																																																							

Este color significa ALERTA

Descripción de códigos en el reverso

HC-PESAP-1002

► Angelina Jolie
Entrevista, mientras
filma en la India.

CLARÍN ESPECTÁCULOS



► Otro Truco
Las cartas para
jugar con Clarín.

REVISTA VIVA

► Ramón es santo
El Pelado Díaz es
DT de San Lorenzo.

P. 68



► Papá Noel
Una ilusión que
se renueva.

P. 42

Clarín

El periódico más leído
de Argentina
según el estudio
de Nielsen

Clarín
S.A. - Buenos Aires
www.clarin.com

Domingo 24
Diciembre de 2006

Clarín Domingo
Diciembre de 2006
Precio de venta: \$ 1.200
Precio de suscripción:
\$ 3.600 (3 meses)
\$ 6.000 (6 meses)
\$ 10.800 (1 año)

► DESPUES DE LAS AUDIENCIAS EN LA CORTE DE LA HAYA

Kirchner dice que con Tabaré se debe negociar

► Así lo señaló ante un periodista de Clarín. El Presidente cree que el problema con Uruguay por la papelera no debe extenderse. En los últimos días hubo señales en ambos países para reabrir el diálogo. Por la Navidad, hoy se levanta el corte en Colón. P. 21

REPORTAJE EXCLUSIVO

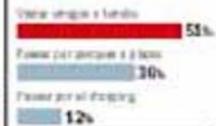
Scioli: "No me
asusta gobernar
la Provincia" P. 3

► ENCUESTA NACIONAL

Salir es lo que más les gusta a los argentinos

► Paso al agua de las nuevas tecnologías, visitar a amigos y parientes es el pasatiempo favorito. También, ir a lugares turísticos y museos. Y al bar es el principal sitio de pasatiempo. Una radiografía del tiempo libre de la gente. P. 40

ACTIVIDADES QUE REALIZAN
MÁS DE UNA VEZ POR SEMANA



► EL CASO DE RÍO CUARTO Por qué no se resolvió aún el crimen de Nora

► A un mes del homicidio todavía hay muchas dudas: ¿la violaron?, ¿lo robaron? El caso cede a grupos de amigos y de obreros. Seis claves que dominan el esclarecimiento. P. 18

► EN LA CARTA Cartoneros: nueven 11% de la basura



Natalia a pura vida ► La beba está sana y es hija de María, que tiene VIH. Es uno de los 150 bebés de mamás con el virus del sida que nacieron libres de contagio en el Hospital Durand durante los últimos tres años. REVISTA VIVA

LEYENDA AMPLIADA:

"Natalia a pura vida. La beba está sana y es hija de María que tiene VIH. Es uno de los 150 bebés de madres con el virus del sida que nacieron libres de contagio en el Hospital Durand en los