

# ¿QUIEN CUIDA DE LAS MUJERES...? EL VIH/SIDA EN LA ATENCION PUBLICA DE LA SALUD. Síntesis de Investigación\*

*Dra. Ana Domínguez de Mon*

*Lic. Ana González Montes*

---

## Resumen

Con el objetivo de indagar acerca de las nociones de maternidad y de sida en el personal de salud que atiende a pacientes embarazadas infectadas con vih/sida que solicitan atención obstétrica en los consultorios externos, se realizó una investigación antropológica en hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires. A través de una metodología cualitativa basada en la observación y en las entrevistas semiestructurales, se llevó a cabo una investigación exploratoria que permitió identificar problemas en la atención cotidiana a las pacientes en los servicios de obstetricia e infectología en un hospital polivalente y una maternidad municipal.

*Palabras claves:* maternidad, vih/sida, antropología, nociones, personal de salud.

---

## Introducción

Hace no más de diez años era prácticamente impensable la posibilidad de contagio por vih/sida en las mujeres. Tampoco se pensó que el sida irrumpiría en el campo de la obstetricia. Esta imprevisión fue rápidamente puesta en evidencia cuando *a partir de 1987 aparece en Argentina el primer caso de sida* en una mujer embarazada.

El rumbo que ha tomado la epidemia en el último decenio, según indican las estadísticas, nos presenta un panorama preocupante por las consecuencias vinculadas a sus *tendencias*. La progresiva heterosexualización del contagio<sup>1</sup> afecta a mayor número de mujeres, al mismo tiempo que avanza sobre los sectores más pobres de la sociedad (Boletín sobre Sida en Argentina, marzo 1995).

El *perfil de población femenina enferma* en la Argentina revela a mujeres jóvenes, entre 25 a 30 años (el 42%) y adolescentes de 15 a 24 años (el 25%). Esto indica que el 67% de las mujeres enfermas son menores de 30 años, que las mujeres que enferman (edad media 24 años) lo hacen la plena edad reproductiva y que se infectaron a edades muy tempranas (uno de cada cuatro casos tiene entre 15 y 25 años mientras que en los hombres es uno de

cada seis).<sup>2</sup> Si consideramos que la mujer es más vulnerable a la transmisión por vía sexual que el varón, tanto por sus características fisiológicas, como por el contexto sociocultural en que se ejerce su sexualidad (Scheper Huges, 1994; Danziger, 1994, Liguori, 1995), tendremos un panorama que podríamos calificar de *emergencia* en relación al tema en cuestión.

Actualmente la presencia de mujeres embarazadas infectadas con el virus del VIH, se ha hecho habitual en los servicios de maternidad. En principio, el sistema de salud considera que todo servicio de obstetricia debiera estar en condiciones de atenderlas, sin que haya instituciones especializadas para ello. Sin embargo en la Capital Federal hay algunos hospitales que son referentes en el tema y concentran más mujeres embarazadas *hiv positivas*.<sup>3</sup> En la ciudad de Buenos Aires, muchas *instituciones privadas derivan a las embarazadas hacia el sector público*, y en algunos casos, embarazadas seropositivas que poseen recursos económicos viajan del interior del país a la Capital Federal, para ser asistidas en estas instituciones.

Para llevar a cabo la investigación se *seleccionaron dos instituciones* con fines comparativos. Las mismas comparten las características de ser referentes de atención a embarazadas infectadas, pero presentan ciertas particularidades, tanto en la estructura hospitalaria como por el "lugar" que ocupa el sida en ellas. Una es un hospital polivalente de agudos del tercer nivel de complejidad, que reconoceremos con el nombre ficticio de *Eliseo Canton*<sup>4</sup>

---

\* Esta investigación fue realizada en el período 1994-1995, se denominó: "¿Quién cuida de las mujeres: la construcción de las nociones de maternidad y de Sida en el personal de salud que atiende a mujeres embarazadas infectadas con vih/sida", financiada por la Fundación Carlos Chagas del Brasil.

(HEC). La maternidad de este hospital atiende aproximadamente 2.500 partos anuales y está especializada en embarazos de alto riesgo. Es un centro de referencia de atención de sida y en él reciben atención ambulatoria los enfermos de sida que acuden al servicio de Infectología. La otra institución es una Maternidad monovalente, que denominaremos *Julieta Lanteri* (MJL), es centro de referencia en atención obstétrica y atiende aproximadamente 7.000 partos anuales. Posee un servicio de terapia intensiva para las mujeres. No cuenta con un servicio especializado de infectología. Sin embargo las pacientes portadoras pueden recibir atención en un hospital cercano de enfermedades infecciosas abocado a la atención de pacientes con sida. Así mismo el hecho de que la población seropositiva de una cárcel de mujeres tenga sus partos en la maternidad, hace que el número de pacientes con el virus vih/sida sea considerable.

## Metodología y unidades de estudio

Se realizó un *estudio exploratorio* aplicando una metodología cualitativa, con el empleo de *técnicas antropológicas*: observación y entrevistas semi-estructuradas. El resultado fue la redacción de una *etnografía*, descripción densa de las relaciones sociales observadas y explicitadas por los miembros de las instituciones y por la población beneficiaria. Se trabajó en dos períodos: marzo-julio; julio-noviembre. Se realizó la observación en ambos establecimientos en los consultorios externos, en las salas de internación y en las salas de partos. En el hospital se observaron algunas reuniones de un grupo de reflexión para *embarazadas hiv positivas*<sup>5</sup> coordinado por una psicóloga.

El *universo de profesionales* entrevistados y observados estuvo conformado por: médicos obstetras e infectólogos dedicados a la atención de estas embarazadas, pediatras-neonatólogos, así como obstétricas y enfermeras. Se seleccionaron profesionales vinculados directamente con la atención a las embarazadas seropositivas, según su jerarquía y responsabilidad en el proceso del embarazo-parto-puerperio (EPP).

Nos hemos centrado en el *análisis del proceso de atención obstétrico* por considerarlo no como un mero desarrollo técnico, orientado a garantizar su normal evolución, sino como un *proceso sociocultural*, en el que se expresan valores y normas sociales previas y constitutivas de ese período fisiológico. Enfatizamos que no es un proceso meramente técnico sino que involucra aspectos de orden cultural y valorativo que expresan un determinado orden

social. En el proceso de atención obstétrica se ponen en práctica los conocimientos y las habilidades propias de la obstetricia o el campo de conocimiento médico específico, relacionados con el problema sida. Hemos analizado la *producción* de estos conocimientos en distintos niveles de análisis que según su procedencia, se les reconoce legitimidad y circulación entre los profesionales de la salud.

### Niveles de análisis

Uno de los niveles identificados ha sido el del *conocimiento* producido en los congresos científicos. La participación en eventos médicos vinculados al sida<sup>6</sup> nos permitió identificar y contextualizar las concepciones médicas vigentes en el campo obstétrico-infectológico. Estas expresan *controversias y debates*, y las conclusiones a las que arriban pueden interpretarse como *recomendaciones* aunque no siempre se reflejen en la práctica médica hospitalaria. La *literatura médica* producida por las distintas especialidades constituye otro canal de circulación de información sobre los nuevos hallazgos y tratamientos. Tanto publicaciones especializadas como estos espacios de debate médico, han sido parte constitutiva de nuestra investigación, y fuente de datos.<sup>7</sup>

En otro nivel de análisis, el de la organización institucional, nos fueron de gran utilidad los documentos escritos referidos a las *reglamentaciones para la atención* y las *normas de bioseguridad*. Estas normas son elaboradas en los niveles de máxima responsabilidad, por las autoridades sanitarias nacionales, así como por los servicios de los hospitales en los que hemos realizado nuestra investigación.

El relevamiento etnográfico, o descripción exhaustiva del material registrado en el proceso de atención en ambas instituciones, respetó la lógica del desarrollo de dicha atención. El seguimiento del recorrido institucional de las mujeres nos permitió ordenar el trabajo de campo, reconociendo en los tiempos institucionales una correspondencia con el tiempo de gestación de las embarazadas. Se indagó en la interacción profesionales/pacientes; hemos analizado comparativamente las respuestas institucionales y detectado la problemática emergente en el campo de la obstetricia con la irrupción del sida.

Se estableció y analizó el recorrido institucional que realizan las embarazadas, conocido en la literatura sociológica como "carrera del paciente" a lo largo del proceso social del EPP. Se denomina así al recorrido que siguen las pacientes desde su ingreso a la institución hasta su egreso definitivo. Estos pasos institucionales poseen un significado particu-

lar y diverso para los miembros del equipo de salud y para las pacientes. El sentido otorgado a cada momento va cambiando a medida que concluye el período del embarazo y se produce el parto.

### Universo

Se ha entrevistado a los profesionales responsables de la atención médica de las embarazadas infectadas con vih/sida:

- Funcionarios públicos con niveles de responsabilidad en la definición de políticas en las áreas de sida y Maternidad e Infancia (4).
- Jefes de los servicios de Obstetricia y consultorios externos. La mayoría de ellos no tiene tareas de asistencia. Sus funciones son la organización del trabajo en los servicios y la normatización de la prácticas (6).
- Médicos efectores directos de la atención de pacientes, pero sin una vinculación específica con la atención de vih/sida. Son médicos obstetras que atienden consultorios de control prenatal y/o realizan guardias en la asistencia de partos. En sus guardias y/o consultorios ocasionalmente atienden o detectan embarazadas infectadas, pero la atención de ellas no está definida de manera específica por la institución (4).
- Médicos efectores directos de la atención a pacientes vinculados específicamente a la atención del vih/sida. Dentro de este grupo están comprendidos los obstetras designados como aquéllos que *atienden* a las mujeres *HIV positivas* en consultorios externos. Debido al sistema de guardias a partir del cual está organizada la atención del parto, no se atiende de manera personalizada los partos; los médicos que controlan los embarazos no son necesariamente los mismos que atienden los partos. Dentro de este grupo también están los infectólogos y pediatras/neonatólogos que tienen tareas específicas vinculadas a la atención de estas mujeres. La mayoría de ellos son médicos internos, aunque una es residente (6).

Se entrevistó a las jefas de las obstétricas (2) y a algunas obstétricas de cada institución (6). En enfermería se entrevistó a la jefa de enfermería de la Maternidad Julieta Lanteri y al enfermero

epidemiólogo encargado de velar por el cumplimiento de las normas de bioseguridad del personal de salud.

Se entrevistaron también 6 embarazadas portadoras de *vih*.<sup>8</sup> Dos de ellas, descubrieron su infección en el transcurso del embarazo. Dos conocían su condición de portadoras previamente a embarazarse y dos no sabían con certeza porque no se habían realizado el test. No obstante estaban prácticamente seguras que eran portadoras por sus antecedentes.

### Proceso de atención obstétrica y las pacientes *hiv*

El trabajo obstétrico vinculado al vih/sida, se organiza de manera particular en cada una de los establecimientos observados. En lo relativo al embarazo hay dos momentos: a) la detección del riesgo a través del interrogatorio obstétrico y la solicitud del test de *hiv*, y b) el control prenatal para embarazadas *hiv*. Otra instancia en la cual adquiere un significado especial la atención a pacientes seropositivas es el momento del parto y la posterior internación. En estas circunstancias adquieren un papel relevante las normas institucionales de bioseguridad. El alta de las pacientes seropositivas está acompañada de prescripciones pos-parto que involucran a la lactancia artificial, a las indicaciones acerca de anti-concepción, que comportan aspectos centrales en lo derechos reproductivos de estas mujeres.

#### a) La detección de riesgo para *hiv* en la consulta obstétrica

En el HEC los consultorios externos de obstetricia están claramente diferenciados según un criterio basado en la noción de *riesgo*. En la MJL este criterio aparece de manera difusa y no formalmente

normatizado, no obstante ambos hospitales desarrollan una atención diferencial basada en la edad: consultorios de adolescentes por un lado y consultorios para mujeres mayores de 40 años.

En estas instituciones *existe un consultorio de obstetricia especializado en la asistencia de embarazadas infectadas con el virus de vih*. En ambos casos fueron creados por iniciativa de los profesionales

***En estas instituciones existe un consultorio de obstetricia especializado en la asistencia de embarazadas infectadas con el virus de vih. En ambos casos fueron creados por iniciativa de los profesionales que los atienden, a partir de haber sido testigos de la discriminación de la que eran objeto las mujeres diagnosticadas con hiv.***

que los atienden, a partir de haber sido testigos de la discriminación de la que eran objeto las mujeres diagnosticadas con *hiv*. Sin embargo en el HEC este consultorio tiene un reconocimiento institucional formal, mientras que en la MJL, el mismo aún no tiene un carácter claramente instituido hasta fines de 1995.<sup>9</sup>

La llegada de las embarazadas a la consulta, se realiza a través de los consultorios externos y por distintas vías. Por demanda espontánea, las que ya poseen un diagnóstico previo o que “sospechan” ser portadoras del virus; por derivación de otras instituciones o servicios (internamente desde el servicio de Infectología) del mismo hospital o de otros establecimientos asistenciales. En Argentina desde hace aproximadamente tres años se han incorporado al interrogatorio obstétrico preguntas destinadas a detectar *conductas de riesgo o grupos de riesgo*, según sea la caracterización utilizada por los profesionales o la institución. En las dos instituciones se priorizan de manera diferencial los *factores de riesgo* y la forma en que se administra el interrogatorio. En ambas las normativa establece qué *factores* deben detectarse para identificar el *riesgo*.

En las historias clínicas de la MJL, los criterios utilizados han sido: *contacto con drogas, tatuaje, números de parejas sexuales, transfusiones*. La indagación es de carácter muy general, mientras se hace mucho hincapié en el tema de los tatuajes vinculándoselos al *ambiente de las drogas*. Por otro lado, en el HEC se indagan *factores de riesgo* más completos y en forma explícita incluyen la búsqueda de enfermedades *marcadoras*, ETS (enfermedades de transmisión sexual) y preguntas referidas a los compañeros sexuales.

#### **b) La solicitud de test de hiv**

Al considerar el pedido del test para detectar la infección por VIH, se presentan varios problemas. En general los profesionales saben que *no se puede indicar el mismo sin el consentimiento firmado por los pacientes*. Sin embargo no siempre se informa a las mujeres que les van a pedir el test acerca del VIH, y si se *informa,*

pocas veces se plantea como una opción a las que se pueden negar, simplemente se les indica “*firme aquí*” o “*te voy a pedir un test por tu antecedentes*”. Sólo los dos médicos especializados en la atención a embarazadas infectadas, sugieren el test como una opción previamente reflexionada. Los profesionales saben el impacto que tiene un diagnóstico positivo para una mujer que está embarazada, sin embargo son pocos los que modifican su actitud al abordar el tema en su práctica cotidiana. También la entrega de los resultados presenta problemas que se agravan cuando el resultado es positivo. En ambos establecimientos *la norma institucional establece que el profesional que solicitó el test debe entregar el resultado al paciente*. Nuevamente es en el HEC donde la norma institucional está más clara y el contexto incide para que se cumpla, su mayor experiencia institucional vinculada al sida evidencia un mejor entrenamiento de los médicos (infectólogos u obstetras) en estos

aspectos. *En la MJL es habitual que el resultado sea entregado por otras personas sin la correspondiente contención y sin el counselling post-test.*<sup>10</sup> En esta institución se solicita el test a un 20% de las mujeres que atienden sus partos (entre 1.400 y 1.600 test anuales). El porcentaje de pacientes infectadas sería de 2,86%. Si se tiene en cuenta que existe un criterio de selección para demandar el test, los resultados arrojados revelan un elevado porcentaje de seropositividad en las embarazadas.

#### **c) Los controles prenatales**

En las entrevistas los obstetras manifiestan que el embarazo de una mujer infectada es igual a cualquier otro embarazo y debe ser controlado como tal. Sin embargo a partir de la observación del proceso de atención, *esta afirmación pareciera refutarse*. Los criterios biológicos argumentados para tal definición son revisados en la práctica en la que se reconoce interviene una

problema emocional y social sumamente compleja.

En ambas instituciones también difiere la *organización* del control prenatal. En el HEC, al existir un servicio de infectología especializado en sida, el seguimiento de las embarazadas se realiza de mane-

**En Argentina desde hace aproximadamente tres años se han incorporado al interrogatorio obstétrico preguntas destinadas a detectar conductas de riesgo o grupos de riesgo, según sea la caracterización utilizada por los profesionales o la institución.**

**No siempre se informa a las mujeres que les van a pedir el test acerca del vih, y si se informa, pocas veces se plantea como una opción a las que se pueden negar.**

ra coordinada con el servicio de obstetricia. Esta articulación entre servicios no implica necesariamente la oferta de una atención no fragmentada. Esta articulación permite que las pacientes sean derivadas y asistidas en ambos servicios, pero la fuerte fragmentación institucional no permite un abordaje comprensivo del problema sida/embarazo. En este hospital está en vigencia la aplicación del protocolo 076. Durante el período en que se realizó el trabajo de campo se ha administrado AZT a las embarazadas desde el 6<sup>o</sup> mes y a los recién nacidos durante las primeras 6 semanas de vida.<sup>11</sup> Sin embargo hasta agosto de 1995 no existía en la Argentina el AZT endovenoso para ser administrado durante el parto, tal como estipula el *Protocolo 076*.<sup>12</sup>

En la MJL, en el período que se realizó el trabajo de campo, no se había podido implementar dicho protocolo, entre otras cosas debido a la falta de infraestructura de laboratorio que permitiera realizar el recuento de CD4<sup>13</sup> requerido para el tratamiento con AZT. Las embarazadas infectadas son derivadas para su atención y seguimientos a un hospital cercano con salas especializadas en la atención de pacientes con sida. Esta derivación dificulta la coordinación entre obstetricia e infectología para el control de las embarazadas.

En el consultorio de control prenatal de mujeres *hiv positivas* del HEC se realizan estudios para *detectar* toxoplasmosis, hepatitis B, HPV, sífilis, alteraciones del epitelio del cuello del útero, así como el control estricto de CD4 y de hemoglobina y factores hepáticos cuando se les está administrando AZT. En ambas instituciones se les indica la necesidad de suprimir el amantamiento a los bebés y la utilización del profiláctico en las relaciones sexuales para evitar reinfecciones durante el embarazo y *de por vida* con posterioridad al parto para evitar nuevos embarazos así como la administración de anticonceptivos orales.

La *contención psicológica* de las embarazadas seropositivas en la MJL se concentra en la actividad de una psicóloga que asiste al obstetra

que atiende especialmente a estas embarazadas. En el HEC en cambio, existe un grupo de apoyo terapéutico orientado por una psicóloga. En ninguno de los dos hospitales la contención psicológica está formalmente institucionalizada a pesar de ser de vital importancia para las pacientes.

En los hospitales existen *cursos de preparación para el parto*. En la MJL se menciona el tema sida/ETS en el embarazo y en el HEC se da una situación especial. Las embarazadas infectadas asisten a un mismo curso con las otras embarazadas y no se menciona expresamente el *vih* y se enfatiza la lactancia materna, no recomendada para este grupo de embarazadas.

#### **d) El parto, la internación y las normas de bioseguridad**

A pesar de que la *vía de nacimiento* sigue siendo un tema de debate en el campo obstétrico, el criterio

utilizado en ambas instituciones es hacer el parto por vía vaginal si no hubiera indicaciones obstétricas para una cesárea. En un principio se optaba por la cesárea por considerarla favorable a la reducción de posibilidades de contagio al bebé, pero esta práctica se ha abandonado.

En la *internación* el criterio utilizado difiere en ambas instituciones. En el HEC se habilitó una sala especial para pacientes *hiv*, mientras que en la MJL son internadas en salas generales y a los utensilios de uso personal o a los contenedores de residuos se los identifica con la sigla PSLC (precaución sangre y líquidos corporales). En ambos casos se suscitan problemas. En el HEC las mujeres identifican esta sala con el aislamiento y la discriminación institucional, a la vez que genera problemas familiares toda vez que son visitadas por parientes que desconocen su condición de infectadas. La sala las identifica y estigmatiza. En la MJL suelen crearse situaciones de conflicto con las otras internadas y con el personal de mantenimiento y enfermería, cuando toman conocimiento del estado infeccioso de las pacientes

seropositivas.

En tal sentido, los conflictos que puedan desen-

**El porcentaje de pacientes infectadas sería de 2,86%. Si se tiene en cuenta que existe un criterio de selección para demandar el test, los resultados arrojados revelan un elevado porcentaje de seropositividad en las embarazadas.**

**Las embarazadas infectadas son derivadas para su atención y seguimientos a un hospital cercano con salas especializadas en la atención de pacientes con sida. Esta derivación dificulta la coordinación entre obstetricia e infectología para el control de las embarazadas.**

cadena procedimientos que puedan involucrar riesgo para el personal de salud por el contacto con sangre o fluidos de las pacientes, ya sea durante los controles prenatales, en el parto como en la internación, nos remiten necesariamente a la observancia de *medidas de bioseguridad*.

La normativa en este aspecto está mucho más desarrollada que en otros, y emana de *disposiciones municipales y nacionales orientadas a proteger el contagio de infecciones en el ámbito hospitalario*. El criterio explícito está basado en la noción de *precauciones universales* en relación a enfermedades infecciosas y con *todas las pacientes*, se sepa o no que estén infectadas. Este principio de prevención de infecciones hospitalarias, asume la necesidad de proteger a los agentes de salud independientemente de la detección del virus en la población asistida. La implementación de las *precauciones universales* surge en el medio hospitalario con el advenimiento del sida, pero no se reduce a prevenir esta infección. Sin embargo pareciera que el vih/sida reubicó el debate de la seguridad en el trabajo a partir de su identificación como *el peligro* hospitalario. La Ley Nacional de sida (N° 23.798) protege la identidad social de los pacientes contra la discriminación evitando la detección masiva de pacientes, llamada *screening*, pues debe mediar siempre el *consentimiento informado* de los mismos acerca de la enfermedad, las vías de contagio y los tratamientos disponibles. Pese a esta restricción, muchos obstetras

entrevistados y observados en su práctica cotidiana argumentan a favor del *screening* masivo, para prevenir casos de contagio y tomar mayores medidas de precaución. En la práctica instituida en ambos establecimientos subyace la concepción de que *sólo hay que cuidarse con las mujeres que están infectadas*. En las salas de partos y quirófanos se observan equipos estériles para la vestimenta de los profesionales diferenciados para *partos hiv*. Son descartables e incluyen elementos que no están presentes en los partos denominados *normales*, como escafandras o antiparras y delantales de plástico.

Si se sabe la condición de infectada de la persona se implementan mecanismos para identificarla por algún código y *alertar* al resto del servicio o la guardia, a la vez que se toman precauciones que no son observadas con las otras pacientes cuyo *status*

serológico se desconoce por no mediar un test. Algo similar ocurre con el manejo del recién nacido. Si se sabe que la madre está infectada, las medidas de bioseguridad difieren de las utilizadas para con los otros neonatos.

La *suspensión de la lactancia*, aunque tomada como decisión dolorosa desde los testimonios de las 6 mujeres entrevistadas, la suelen aceptar con menos contradicciones. Este tema no se presenta como controversia para los profesionales médicos (obstetras y pediatras). Sin embargo, algunos pediatras reflexionan acerca de los mensajes institucionales contradictorios en los que se enfatiza especialmente el amamantamiento sin especificar diferencias.

Un acápite especial requiere el tema de las *decisiones reproductivas* en las mujeres seropositivas. En este asunto, producto de debates, convergen las opiniones y los derechos individuales de las pacientes y los problemas de salud pública planteados por los profesionales de la salud. Dado que nuestra investigación analizó el proceso de atención obstétrica, las mujeres que observamos y entrevistamos han tomado la decisión de proseguir con sus embarazos. En la consulta prenatal, el tema aparece como parte de las indicaciones médicas: *las mujeres infectadas no se deben embarazar*. Esta consigna aparece con fuerza en las recomendaciones médicas. Los médicos aconsejan enfáticamente evitar nuevos embarazos, basándose con exclusividad en *los riesgos que im-*

*plica para el bebé*. No aparecen mencionadas expresamente las *perspectivas de salud de la futura madre* con el embarazo. Para algunos obstetras, el *embarazo presenta un carácter inmunodepresor*, pudiendo ocasionar un efecto negativo sobre las condiciones de salud de la mujer infectada, acelerando el pasaje de la etapa asintomática a la sintomática. Otros consideran que el embarazo no altera en nada la situación de la paciente seropositiva.

Por otro lado están las decisiones que toman las mujeres y los dilemas implícitos. Si la maternidad se plantea como *mandato social constitutivo de su identidad femenina*, las perspectivas propias y la de su descendencia adquieren un significado especial al estar signadas por la enfermedad. Las decisiones a ser adoptadas por estas mujeres están condicionadas por una serie de situaciones culturales, sociales y de recursos económicos no disponibles desde el

**En el HEC las mujeres identifican esta sala con el aislamiento y la discriminación institucional, a la vez que genera problemas familiares toda vez que son visitadas por parientes que desconocen su condición de infectadas. La sala las identifica y estigmatiza.**

Estado. El mandato social de la realización femenina a través de la maternidad, en el caso del sida puede ser significado como una actitud de egosimo de la mujer. Mientras que en otras enfermedades la mujer que arriesga la vida para tener un hijo llega a ser visualizada como una heroína, en el caso del sida, con la fuerte carga de *estigma*, y de *culpa* de quienes lo padecen, la madre suele ser considerada la *culpable* de la enfermedad de su hijo. Esta situación es percibida de esta manera por las mujeres entrevistadas.

En la Argentina las necesidades de los hijos de padres seropositivos reciben respuestas fragmentadas de parte de un número limitado de ONG (Organizaciones No Gubernamentales) y ausencia de respuesta concreta desde el Estado.

## Resultados obtenidos

Como resultado de este estudio exploratorio se pone de manifiesto la incipiente experiencia en la asistencia a embarazadas infectadas con vih/sida, que se evidencia en la *falta de formación completa y uniforme en el personal médico involucrado en su atención*.

Encontramos que en el HEC se ha recorrido un camino en la definición más rigurosa en muchos aspectos de la atención, que en la MJL. Consideramos que esto se vincula con el *lugar* institucional asignado al sida en cada establecimiento. En el hospital (HEC) este padecimiento ocupa un espacio institucional claramente definido, aunque en el campo de la obstetricia aún quedan muchos puntos por resolver. En cambio en la MJL, el sida es todavía *intersticial* en la institución. Parecería que la misma, con una fuerte orientación hacia la atención masiva de partos denominados comúnmente *normales* y habituada a atender sólo padecimiento definidos como *patologías del embarazo*, encuentra mayor dificultad en estructurar una respuesta institucional al problema del vih/sida en el proceso reproductivo. Esto probablemente suceda aún en la mayor parte de los servicios de obstetricia del país.

En este marco la detección del *riesgo* en los

controles o en las indicaciones, la carencia o la ambigüedad en la norma favorece que se despliegue casi con exclusividad el *criterio personal*, determinados por valores ideológicos y culturales de los profesionales como personas concretas y no como agentes institucionales con una normativa a seguir. No obstante la misma normativa posee una orientación ideológica-cultural en la institución que expresa contradicciones según sean los sentidos en pugna: los contenidos culturales y sociales de las nociones como *riesgo social*, *factores de riesgo*, *conductas de riesgo*, comportan un sentido moral asignado a conductas socialmente estigmatizadas en nuestra sociedad. Aunque las estadísticas revelen que las mujeres contraen en nuestro país con mayor frecuencia sida por vía sexual, esta evidencia suele ser

devaluada frente a otros *factores de riesgo* o asociada a la prostitución, la *promiscuidad* o el *ser pareja de* (drogadicto, por ejemplo). Poco se reflexiona acerca de las mujeres cuyo único *factor de riesgo* fue mantener relaciones sexuales con una persona infectada. Hay un problema evidente entre los indicadores de orden estadístico y su aplicación en la práctica cotidiana por parte del personal de salud. Entre unos y otros, median valores e ideas que *moralizan* su aplicación.

La aparición de *especialistas* en las dos instituciones estudiadas nos revela que si bien el vih/sida no es una patología del embarazo, las características peculiares de esta entidad hacen que surjan especialistas que se abocan a la atención de la población embarazada infectada. Hay entre éstos y el resto de la población médica una mirada diferente en relación a las embarazadas y su contexto social, cultural y afectivo. Estos profesionales no sólo están actualizados en relación a los tratamientos indicados, sino que ponderan este contexto de manera determinante para la evolución adecuada de los embarazos de las mujeres seropositivas.

La *necesidad de contención psicológica y social de las embarazadas*, la *preparación de los familiares* para la atención de la misma, son dos aspectos que

***Algunos pediatras reflexionan acerca de los mensajes institucionales contradictorios en los que se enfatiza especialmente el amamantamiento sin especificar diferencias.***

***Los médicos aconsejan enfáticamente evitar nuevos embarazos, basándose con exclusividad en los riesgos que implica para el bebé. No aparecen mencionadas expresamente las perspectivas de salud de la futura madre con el embarazo.***

necesitan ser tomados en cuenta. En las entrevistas las embarazadas expresaron en sus testimonios la necesidad de poder compartir con otras personas en su misma situación los miedos y las dudas, las preocupaciones alrededor del AZT y de la lactancia. La contención y la preparación de los familiares aparece como un vacío en las respuestas intuitivas. A partir de nuestras observaciones encontramos que no bastan las explicaciones técnicas de cómo evitar el contagio. La atención de un ser querido, en un contexto cotidiano, está signada por los afectos, donde no caben tan fácilmente las precauciones para evitar contaminarse ni con su sangre ni con las secreciones del bebé. Las orientaciones brindadas para la prevención deberían tomar esto en cuenta para tornarla realmente efectiva.

Surgen *interrogantes* que podrían ser reflexionados a la luz de otras experiencias en países latinoamericanos: la conveniencia o no de crear consultorios especializados en la atención a embarazadas seropositivas, la internación conjunta con otras pacientes o sólo para parturientas en su mismas condiciones, etc. Estas alternativas requieren de una *formación completa para todos los obstetras en la atención a embarazadas hiv*, no sólo en los aspectos de orden técnico, sino en los de carácter psicológico y éticos. Estos brindarían elementos para desarrollar adecuadamente un *counselling* pre y pos-test y un trabajo interdisciplinario con psicología en función de evitar actitudes o acciones discriminatorias. Otro paso puede ser la *creación de servicios especializados* donde la atención a esta población sea una opción del profesional y no una imposición institucional. Pero estas alternativas deben contemplar la disposición o la ausencia de recursos materiales y humanos que respalden el trabajo del personal de salud en el subsector público como en el privado.

En el proceso de atención médica a embarazadas infectadas con el virus hiv/sida advertimos que hay problemas o núcleos significativos que ponen de manifiesto *controversias* médicas en relación a la detección y tratamiento de la infección.

Estas controversias, que surgen en el campo de la medicina, a su vez implican dilemas cuyo alcance trasciende los aspectos estrictamente biológicos. La atención médica del embarazo de una mujer afectada con el virus hiv/sida genera una sucesión de múltiples disyuntivas que ponen a los profesionales médicos y a las mujeres y sus parejas ante la

necesidad de tomar una serie de *decisiones*. Estas decisiones comúnmente son revestidas de un fundamento científico-técnico que opaca los componentes de orden moral que involucran.

El sida como enfermedad relativamente nueva y, por el momento, incurable ha puesto en crisis la eficacia del modelo médico occidental y en el caso de la atención EPP suscita una serie de interrogantes que reactualizan el dilema histórico de la obstetricia referidos al binomio madre/feto. Estas *controversias* y *dilemas* emergen en un contexto ideológico-cultural y social particular, ponen en cuestión temas tales como la autoridad médica, los derechos individuales y colectivos y los derechos reproductivos de las mujeres.

Estas controversias se revelan en la práctica médica a través de opiniones encontradas en relación al *screening* masivo ¿Es conveniente o no detectar

en todas las mujeres embarazadas la presencia de hiv? En la Argentina, la determinación del *status* serológico de una persona no puede ser efectuado sin el consentimiento firmado por la misma. El *screening* masivo no es legal. Sin embargo en los profesionales coexisten visiones en conflicto al respecto. Están los que presentan criterios basados en la *racionalidad científica* en términos de *conocer para actuar*. Esta se sustenta en la posibilidad de administrar AZT a todas las embarazadas y suprimir la lactancia, en aquéllas que resulten infectadas como forma de reducir la transmisión vertical. Otros profesionales adhieren a este criterio, pero advierten que la falta

de recursos en los hospitales públicos dificultaría este objetivo, no pudiendo brindar atención a la demanda creciente de la población femenina y su prole. Desaprueban el test para todas las mujeres porque consideran que tomar conocimiento de su *status* serológico y no tener recursos disponibles para el tratamiento sería *condenar a esta población*. Pasan de la argumentación técnica al campo de las condiciones sociales de atención que nos plantea el problema de la equidad social: el acceso de toda la población afectada a los recursos técnicos y científicos disponibles. Entre estos, el poder brindar atención adecuada en el *counselling* pre y post-test. Quienes sostienen este argumento, consideran que la entrega de resultados en malas condiciones se vuelve inmanejable para el personal de salud pudiéndose producir un daño mayor en la población afectada.

**Hay un problema evidente entre los indicadores de orden estadístico y su aplicación en la práctica cotidiana por parte del personal de salud. Entre unos y otros, median valores e ideas que moralizan su aplicación.**

La administración del AZT durante el embarazo en los hospitales municipales abre un área de debate entre los médicos que la avalan y la población que la recibe. En la medida que son *drogas en experimentación*, para la madre y para el hijo, los médicos deben contar con la decisión y el consentimiento de las mujeres y sus parejas para administrarla. Se invoca la salud del bebé y se deposita en la mujer la responsabilidad de decidir acerca de una instancia médica cuyos perjuicios aún no han sido claramente determinados. Se ubica a las mujeres en la disyuntiva de la decisión signada por la *responsabilidad* y la *culpa*. La *culpa* de que su decisión incida negativamente en las posibilidades de que su hijo escape a la infección. Para la mujer también opera la *culpa* de que podría estar *envenenando* a su bebé. El no acatamiento de las indicaciones de las médicas es considerado por los profesionales como una falta de confianza en la autoridad científica.

Muchos son los temas en debate que surgen cuando se intersectan maternidad y sida, las decisiones reproductivas y la administración de drogas durante el embarazo, etc. Lo cierto es que en la medida que la epidemia avance con las tendencias

**Nuestra investigación arrojó más preguntas que certezas en relación a la atención obstétrica pública.**

presentadas en las estadísticas nacionales, y se prolongue la sobrevivencia de los infectados, es probable que aumente la presencia de mujeres seropositivas embarazadas que requieran del sistema de salud y de las instituciones respuestas basadas en criterios de equidad y que contemplen los derechos sociales e individuales de la población afectada.

Consideramos que un tratamiento comprensivo del problema vih/sida y maternidad debe contemplar las distintas dimensiones del tema. Nuestra investigación arrojó más preguntas que certezas en relación a la atención obstétrica pública. Dado que este problema obliga a un cambio constante de políticas

institucionales, consideramos que probablemente nuestro análisis requiera de actualización dado el tiempo transcurrido a la fecha. No obstante creemos que esta etnografía permite una mirada comprensiva aunque no exhaustiva de las diversas lógicas presentes en el EPP. El apoyo recibido a nuestra tarea de investigación por parte del cuerpo de profesionales preocupados por el vih/sida en el embarazo y la gentileza de las embarazadas que consintieron ser entrevistadas, evidencian el interés por brindar soluciones a este tema.

## Notas

- <sup>1</sup> Desde 1991 la adicción intravenosa se convirtió en el factor de riesgo más importante para la epidemia en nuestro país. Un 67% se encuentra en el grupo de 15 a 30 años. La heterosexualidad aumentó 31 veces mientras que el factor homobisexual lo hizo 10 veces. Fuente: Boletín Nacional de Sida, noviembre, 1995.
- <sup>2</sup> Se debe destacar que sólo se notifican los casos de enfermedad y no los infectados.
- <sup>3</sup> Las expresiones del lenguaje empleado por el personal de salud serán presentadas en bastardilla a lo largo del texto.
- <sup>4</sup> Los nombres de las instituciones son presentados bajo una denominación ficticia a fin de preservar la identidad de las opiniones vertidas.
- <sup>5</sup> Se denomina con la sigla inglesa (human virus inmunodeficiencia) a las mujeres infectadas con el virus *vih* así como a la prueba de detección del virus.
- <sup>6</sup> Congreso Mundial de Bioética, Buenos Aires octubre 1994; Simposio Mujer y Sida, Mar del Plata, noviembre 1994; Reflexida, Buenos Aires, diciembre 1994; Primer Congreso Municipal de Salud de la Reproducción, Buenos Aires, junio 1995.
- <sup>7</sup> Algunos de las revistas especializadas consultadas fueron: International Journal of Gynecology and Obstetrics, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Revista de Sociedad

Argentina de Ginecología y Obstetricia, Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría. Revista de la Asociación Argentina de Perinatología.

- <sup>8</sup> A todas las entrevistadas se le solicitó firmar un "consentimiento informado". Se les explicó los objetivos de la investigación y la inserción institucional de las investigadoras, aclarándoles que no pertenecíamos al plantel del hospital.
- <sup>9</sup> Fecha que finaliza nuestra investigación.
- <sup>10</sup> Se intentaron diversos mecanismos para la entrega de los resultados positivos, el primero fue en presencia de varios profesionales: neonatólogos, psicólogos, obstetras y asistentes sociales. Fracasó porque impidió la contención adecuada al no permitir la privacidad de la notificación.
- <sup>11</sup> Las embarazadas obtienen el AZT para ellas y para el bebé de manera gratuita en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y sida.
- <sup>12</sup> El Protocolo 076 normatiza la aplicación del AZT (zidovudina) durante el embarazo a la madre, y posteriormente al bebé para reducir la tasa transmisión vertical del virus (de madre a hijo).
- <sup>13</sup> Los linfocitos identificados por el marcador CD4 son los atacados por el virus de VIH, cuando desciende su número es indicador del progreso de la enfermedad.

## Bibliografía

- Danzinger R. (1994) "Social impact of vih/sida in developing countries", en: Soc Sci Med Vol 39, N° 7, pp 905.
- Scheper-Hughes N. (1994) An Essay. AIDS and the social body, Soc Sci Med Vol 39, N° 7, pp 1003, 1994.
- Liguori AL. (1995) El sida y la salud reproductiva. MIMEO.