

Rutinas médicas y estandarización: reflexiones etnográficas sobre la institucionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires

Autor:

García, Guadalupe.

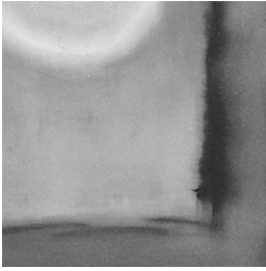
Revista:

Cuadernos de antropología social

2013, N°37, pp. 85-108



Artículo



Rutinas médicas y estandarización: reflexiones etnográficas sobre la institucionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires

Guadalupe García*

Resumen

Desde mediados de los '90 se desarrolló un tipo de intervención biomédica que, a partir de la implementación de un conjunto de procedimientos y tecnologías, permitió reducir significativamente las probabilidades de transmisión madre-hijo del VIH.

Parto del supuesto de que el proceso de rutinización de estas nuevas intervenciones biomédicas en los espacios asistenciales involucra múltiples relaciones entre actores diversos y requiere de la construcción de estándares de atención que establezcan “cursos de acción” predefinidos.

En este artículo propongo analizar la construcción y ejecución de rutinas médicas desde un enfoque centrado en los procesos de atención médica. Para ello, presento algunos resultados de un estudio etnográfico sobre los modos en que los procedimientos y tecnologías para prevenir la transmisión perinatal del VIH se institucionalizaron en un hospital público del sur de la ciudad de Buenos Aires. En especial, analizo las rutinas médicas que pautan la determinación de la vía y la atención del parto de las mujeres infectadas por el VIH.

Para ello, articulo el análisis del material proveniente de los registros de observación en diferentes espacios del hospital, de entrevistas con el personal de salud y con mujeres viviendo con el virus, y de diversas fuentes relevadas.

Palabras Clave: Rutinas Médicas; Etnografía; Transmisión Perinatal; VIH-Sida; Hospital Público

* Licenciada en Ciencias Antropológicas, doctoranda y docente del Programa de Antropología y Salud, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Correo electrónico: mguadagar@yahoo.com.ar. Fecha de recepción: abril de 2013. Fecha de aprobación: mayo de 2013.

MEDICAL ROUTINES AND STANDARDIZATION: ETHNOGRAPHIC CONSIDERATIONS ON THE INSTITUTIONALIZATION OF HIV PERINATAL TRANSMISSION PREVENTION IN AN OBSTETRIC CENTER IN THE SOUTH OF BUENOS AIRES

Abstract

Since mid-90's, the implementation of a type of biomedical intervention including a set of technical procedures has enabled a dramatic reduction of the chances of mother-to-child transmission of HIV.

I assume that the development of this new biomedical intervention as a routine in health care settings involves multiple relations between different actors and demands new care standards for the establishment of adequate "courses of action". This paper analyzes the construction and execution of routines and standards of medical care. It is based on an ethnographic study of the institutionalization of the procedures and technologies for the prevention of HIV perinatal transmission in a public hospital in the south of the Metropolitan Area of Buenos Aires. In particular the focus is on the analysis of medical routines for delivery of HIV-infected women. The study combines the analysis of observation's records taken in different spaces of the hospital, interviews with staff and women and a variety of other secondary documents.

Key Words: Medical Routines; Ethnography; Mother-To-Child Transmission; HIV-Aids; Public Hospital

ROTINAS MÉDICAS E PADRONIZAÇÃO: REFLEXÕES ETNOGRÁFICAS SOBRE A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO MÃE-FILHO DO HIV NUM CENTRO OBSTÉTRICO DO SUL DA CIDADE DE BUENOS AIRES.

Resumo

Desde meados dos anos '90 tem se desenvolvido um tipo de intervenção biomédica que, a partir da implementação de um conjunto de procedimentos, tem permitido reduzir drasticamente as possibilidades de transmissão mãe-filho do HIV.

Parto da premissa de que o processo de padronização dessas novas intervenções biomédicas em serviços de atenção exige a construção de rotinas que estabelecem "cursos de ação" predefinidos. Neste artigo proponho analisar a construção e implementação de rotinas médicas desde o ponto de vista dos processos de atenção. Para o efeito, apresento alguns resultados de um estudo etnográfico das formas em que os procedimentos e tecnologias para prevenir a transmissão perinatal do HIV é institucionalizados em um hospital no sul da cidade de Buenos Aires. Em particular, se concentrará na análise de rotinas médicas que orientam a determinação da rota e assistência ao parto de mulheres infectadas pelo HIV. Artigo a análise dos registros de observação em diferentes espaços do hospital, entrevistas com os trabalhadores da saúde e as mulheres e diversos documentos pesquisados.

Palavras Chave: HIV-Aids; Transmissão Mãe-Filho; Rotina Médica; Etnografia; Hospital Publico

INTRODUCCIÓN

A mediados de la década de 1990 se diseñó y puso a prueba una modalidad de intervención biomédica que permitió reducir la transmisión madre-hijo del VIH. El posterior desarrollo, difusión e implementación de esos procedimientos y tecnologías hizo posible evitar la transmisión perinatal y de este modo prevenir nuevas infecciones en recién nacidos. Este nuevo horizonte terapéutico produjo cambios, en el nivel internacional, en las respuestas político-institucionales y en las prácticas asistenciales frente a mujeres embarazadas infectadas por el virus. La implementación y disponibilidad de estas tecnologías fue dispar en el nivel internacional, configurándose así escenarios disímiles en cuanto a las tasas de transmisión perinatal del VIH.

En la Argentina, se planteó tempranamente la necesidad de difundir e implementar estos procedimientos y desde 1997 existe un cuerpo de normativas en la materia. En el nivel asistencial, la instrumentación de estas normas implicó la necesidad de articular el trabajo de los distintos especialistas (principalmente obstetras e infectólogos) y construir nuevos estándares de atención.

Diversos estudios socio-antropológicos han analizado el carácter político, ideológico y social del desarrollo e introducción de nuevas tecnologías sanitarias, señalando que en el proceso intervienen actores en diversas escalas (global, nacional, local) cuyas relaciones crean y recrean los usos y significados asociados a ellas (Koenig, 1988; Rapp, 1999; Lock, 2002). Así, se plantea que, en el recorrido del “laboratorio” a las “clínicas”, las tecnologías son permanentemente recreadas a través de múltiples relaciones, negociaciones, acuerdos y disputas que involucran a científicos, funcionarios, médicos, pacientes, asociaciones de la sociedad civil, entre otros (Webster, 2002). En este proceso resulta fundamental la construcción de rutinas que establezcan “cursos de acción” predefinidos (Berg y Timmermans, 1997). Estos nuevos estándares de atención se constituyen en una relación de simultánea incorporación-transformación con respecto a las infraestructuras, procedimientos y prácticas anteriores; esto es, se basan en ellas y al mismo tiempo las modifican.

En este artículo propongo analizar la construcción y ejecución de rutinas y estándares de atención desde un enfoque centrado en los procesos de atención médica. Para ello, presento algunos resultados de un estudio etnográfico sobre los modos en que los procedimientos y tecnologías para prevenir la transmisión perinatal del VIH se institucionalizaron en un hospital público del sur de la

ciudad de Buenos Aires. En especial me centraré en el análisis de las rutinas médicas que pautan la determinación de la vía y la atención del parto de las mujeres infectadas por el VIH.

Los datos etnográficos fueron construidos a partir del trabajo de campo realizado en un hospital público del sur de la ciudad de Buenos Aires.¹ Durante diez meses realicé visitas continuas y sistemáticas de frecuencia semanal con períodos de mayor (dos a tres veces por semana) o menor intensidad (una vez cada diez días). Metodológicamente, se implementaron estrategias combinadas para la construcción de los datos: observación participante en diferentes espacios del hospital, entrevistas en profundidad al personal de salud y mujeres viviendo con VIH. Así, realicé observaciones en la sala de espera del servicio de infectología, la sala de espera del centro obstétrico, en consultas obstétricas de primera vez y de guardia, en pabellones de internación, en la sala de ecografías y monitoreo fetal, en las salas de trabajo de parto, en el “office” del personal médico de guardia y en el hospital de día pediátrico. Además, entrevisté a médicos/as infectólogos, obstetras, residentes de tocoginecología, parteras de planta y residentes, trabajadoras sociales, jefa de laboratorio, jefa de farmacia y un funcionario de la Coordinación Sida. Durante las observaciones en la sala de espera del consultorio de infectología, conocí a mujeres viviendo con VIH-Sida que habían tenido su parto en el centro obstétrico del hospital. Con ellas también realicé entrevistas en profundidad.

A lo largo de este trabajo articulo, entonces, el análisis del material proveniente de los registros de observación, de las entrevistas y de otras fuentes relevadas (datos epidemiológicos, leyes, normas y artículos científicos).

DEL “LABORATORIO” A LAS “CLÍNICAS”

La crónica de estas respuestas médico-técnicas comienza el 21 de febrero de 1994, con una nota del *New York Times* en la que se anunció que, según los resultados de un estudio multicéntrico, “la droga AZT² reducía drásticamente la transmisión del VIH, el virus que causa el sida, de madres infectadas a sus hijos recién nacidos” (*New York Times*, 21/04/94. La traducción es mía). En abril, el CDC³ publicó, en un tono más cauteloso, los resultados del estudio, señalando la posibilidad de implementar nuevas estrategias de prevención de la transmisión madre-hijo, estrategias que hasta entonces se habían limitado a “prevenir la

infección por VIH en mujeres y, para las mujeres infectadas, evitar el embarazo o suspender la lactancia” (MMWR, 1994. La traducción es mía).

El estudio, denominado Protocolo ACTG 076, había comenzado en 1991 en 50 centros asistenciales de EEUU y nueve de Francia. Participaron 477 mujeres embarazadas infectadas por VIH. Una vez admitidas en el ensayo clínico, las mujeres fueron distribuidas al azar en dos grupos, uno de ellos recibió AZT en comprimidos durante el embarazo, AZT endovenoso durante el trabajo de parto y se administró a sus recién nacidos AZT en jarabe durante las primeras seis semanas de vida; el otro grupo recibió un esquema semejante, pero con placebos. El análisis de los 364 nacimientos sucedidos hasta diciembre de 1993 señaló una reducción significativa de las tasas de transmisión: en el grupo de madres que recibieron AZT la tasa de transmisión fue de 8,3%, mientras que en el grupo de madres que recibieron placebo fue de 25,5%. A partir de estos primeros resultados, se suspendió la incorporación de nuevas participantes en el ensayo clínico y se ofreció AZT a aquellas mujeres del grupo placebo que aún se encontraban en el período de gestación o a sus hijos menores de seis semanas.

En un contexto en el que la investigación básica aún no había desarrollado una respuesta eficaz a la enfermedad, los resultados de este estudio plantearon un nuevo escenario para las respuestas médicas al VIH-sida. En 1994, un diagnóstico de sida era un diagnóstico de muerte en un tiempo desconocido, más o menos breve (dos, cinco, 10 años) y frente a ello sólo se podía plantear la posibilidad de una sobrevida, de “una vida más allá de la muerte” (Margulies, 2008). En este caso, la prevención de la transmisión perinatal representaba la primera respuesta “exitosa”: era posible evitar nuevas infecciones.

Tras la publicación de los resultados del Protocolo 076, siguieron nuevos estudios clínicos sobre los efectos de la administración de drogas antirretrovirales en mujeres embarazadas y su impacto en las tasas de transmisión perinatal.⁴ También se realizaron estudios observacionales que concluyeron que la programación de una cesárea en mujeres con carga viral⁵ superior a 1000 copias, en combinación con el protocolo 076 y la inhibición de la lactancia materna, posibilitaba reducir las probabilidades de transmisión a un 1 o 2%.

La primera respuesta institucional en la Argentina fue la “Primera Norma Nacional de Sida en Perinatología”, de septiembre de 1997, un conjunto de recomendaciones redactadas por miembros del Programa LUSIDA⁶ y difundidas a través de una publicación del Programa Materno-Infantil del entonces Ministerio de Acción Social y Salud. Esta publicación efectuaba

una recomendación clave: para reducir drásticamente las probabilidades de transmisión madre-hijo del VIH, era preciso conocer el status serológico de las mujeres atendidas. Así, la primera práctica preventiva que se desprendió del protocolo 076 fue el ofrecimiento del test de Elisa para VIH a toda mujer embarazada en la primera consulta obstétrica⁷, siguiendo las pautas de aconsejamiento previo y solicitud de consentimiento informado establecidas por la Ley Nacional de Sida 23.798 de 1990. La implementación de estas normas no fue generalizada ni uniforme y la disponibilidad de estas tecnologías diagnósticas y terapéuticas⁸ no tuvo un impacto epidemiológico significativo, ni en el nivel nacional, ni en la ciudad de Buenos Aires, sino hasta el año 2001.

Desde la notificación en 1986 del primer caso pediátrico de sida en el país, la curva de casos notificados por vía de transmisión perinatal sostuvo una marcada tendencia al ascenso. Hasta 1994, se acumulaban 1289 casos de niños infectados por esta vía; en el bienio 1995-1996, se alcanzó un pico de 611 casos. Si bien en 1997-1998, la cantidad de casos descendió a 492, esta tendencia no fue estable, ya que en 1999-2000 se notificaron 565. En el período 2001-2002 la cantidad de casos (430) comenzó a descender nuevamente, manteniéndose esta tendencia en los períodos subsiguientes (*Boletín sobre VIH-Sida en la Argentina*, 2009).⁹ En cuanto a la tasa de transmisión perinatal no hay datos precisos en el nivel nacional, ya que hasta 2009 no fue obligatoria la notificación de partos de mujeres infectadas.

Aunque en la ciudad de Buenos Aires la cantidad de niños diagnosticados a lo largo de los noventa muestra una tendencia al descenso, un estudio basado en los registros del servicio de Virología del hospital Muñiz estimó la tasa de transmisión en 37,5% para el año 2000. Como veremos más adelante, en el hospital donde realicé el trabajo de campo, un estudio realizado por el equipo de infectólogos en los años 1999-2000 indicó que en ese momento la tasa de transmisión perinatal era de 26,7%.¹⁰

Estos datos indican que la mera disponibilidad de estos recursos no deviene necesariamente en su implementación exitosa y que el proceso social a través del cual un conjunto de tecnologías devienen en estándares de atención no es lineal y sencillo (Koenig, 1988). En los siguientes apartados, propongo indagar los procesos de implementación de estas medidas desde una perspectiva centrada en los procesos de atención hospitalarios, considerando las múltiples relaciones, disputas y negociaciones que modelan la construcción y ejecución de rutinas de atención.

El enfoque etnográfico constituye una importante herramienta analítica, ya que posibilita descentrar el análisis de las tecnologías, normativas y dispositivos legales para adentrarnos en el complejo entramado de prácticas y relaciones que constituyen, en la cotidianidad de los espacios asistenciales, *la vida* de los procedimientos tecnológicos y cuerpos de recomendaciones, normas y leyes.

El punto de partida es, entonces, la “complejidad de la vida social” (Romani, 1997), entendiendo que los procesos globales sólo se constituyen y recrean en los espacios singulares. Así, a partir de “documentar lo no documentado” (Rockwell, 1987) en el trabajo etnográfico, pueden construirse descripciones cada vez más analíticas y conceptualizadas. Es también en este proceso donde, partiendo del análisis de lo que Farmer (2004) llama “lo etnográficamente visible”, se presenta el desafío de construir teórica y conceptualmente una serie de relaciones que trascienden el campo de visión del observador participante. De este modo, un enfoque holístico y relacional posibilita abordar contextualmente los distintos niveles de la realidad y, a su vez, articularlos analíticamente. Desde esta perspectiva, la etnografía posibilita el conocimiento, tanto de la realidad local y sus matices, como el de las implicancias que los procesos globales tienen en ellos (Romaní, 1997).

LA CONSTRUCCIÓN DE RUTINAS INSTITUCIONALES

1999-2000. Este período aparece como un momento clave en los relatos de los profesionales del hospital en el que realicé el trabajo de campo. En ese momento, un grupo de infectólogos de adultos y pediatras conformaron un equipo con el objetivo de coordinar institucionalmente el trabajo en VIH-sida dentro del hospital. Inicialmente encuadrados como “grupo de trabajo”, fue solo en el 2003 cuando recibieron el status de “servicio” dentro del organigrama institucional.¹¹ Hasta entonces no había habido ningún tipo de trabajo sistemático en la temática dentro de la institución.

Una vez conformado el equipo, se dio paso a la realización de un “diagnóstico de situación” de la atención al VIH-sida en el hospital a fin de establecer áreas prioritarias de trabajo. El principal problema que emergió entonces fue la elevada tasa de transmisión madre-hijo, que presentaba un valor de 26,7%. Estas tasas, “similares a las de África”, como señaló una infectóloga, planteaban para el nuevo grupo la urgencia y necesidad de

implementar estrategias preventivas. Esto implicaba proponer nuevos modos de trabajo y negociarlos con la división de obstetricia, que ocupa un lugar central en el hospital.¹²

Hasta los años 1999-2000, según relataron infectólogos y obstetras, no existía ningún tipo de intervención para la prevención de la transmisión perinatal. El test de Elisa sólo era ofrecido a ciertas “candidatas” (Margulies, 1998) sospechadas de pertenecer a los llamados “grupos de riesgo”. En el caso de mujeres que conocían su diagnóstico positivo, no existía ningún tipo de consultorio que centralizara su atención o pautara la implementación de las medidas de profilaxis. Su atención estaba a cargo del instructor de residentes, que rotaba todos los años. Dicho en palabras de un médico obstetra: “seguíamos a la paciente en *forma natural* a ver qué pasa si hay transmisión vertical o no hay transmisión vertical”.¹³

Fue en este contexto que el grupo de infectólogos se propuso instalar el ofrecimiento del test de Elisa a todas las mujeres embarazadas para detectar los casos positivos e implementar en ellos las restantes medidas de profilaxis. Para ello elaboraron distintas estrategias, cuyos componentes principales fueron:

1. La “educación” del personal a través de ateneos y acciones de capacitación para “concientizarlos” sobre las posibilidades de intervención frente a la transmisión perinatal del VIH.
2. La manipulación del “giro-cama”. Dado que se evaluaba que la “educación” de los profesionales no era suficiente, se intercalaron acciones que, se anticipaba, iban a posibilitar la realización del test a todas las mujeres embarazadas en el corto plazo. “Después de muchas peleas”, señaló una infectóloga, se “logró” instalar institucionalmente que ninguna mujer ni su hijo podían tener el alta –y liberar así la plaza de internación– si no se contaba con el resultado del test de Elisa:

a veces uno tiene que llegar a cosas medio drásticas, empezar a pelear historias clínicas, decir que no se autorizaban las altas... cuando empezás a generar esas cosas, que el giro cama se lo empezás a afectar, el otro dice “ya no es el problema del infectólogo, ahora el problema es mío porque no tengo cama para internar a otro”; 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... 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 tiene que buscar una estrategia que a corto plazo dé resultado para que a uno le dé tiempo, que todo el trabajo que hay que seguir haciendo de educación y que lo vas haciendo paralelo, pueda sedimentar...

a corto plazo hubo que hacer otras cosas por ahí más agresivas, pero para tratar de obtener el resultado (infectóloga pediatra, entrevista 1).

3. El registro de los datos de transmisión para demostrar “la eficacia” de los procedimientos de profilaxis y así negociar sobre la base de “números”. Construir y “mostrar” los datos se presentaba así como una estrategia para demandar y negociar con la división de obstetricia:

a veces cuando uno no muestra números otros no lo entienden, dicen “no pasa, no pasa”, entonces cuando les mostramos números que en los pacientes que nosotros habíamos tenido intervención la transmisión vertical era cero y que los que no había intervención había sido 26.8%, esto era grave (médica infectóloga, entrevista 3).

4. Demostrar la eficacia de la intervención médica frente a la transmisión perinatal tenía como contracara “mostrar” las consecuencias que la falta de intervención podía implicar:

tengo una paciente que hace internación ambulatoria, nació pobrecita en una época que no se podía hacer mucho y tiene una encefalopatía HIV, quiero que vayan a ver eso, digo, porque si ustedes se llevan esa imagen, con una mujer embarazada, no se les va a olvidar jamás pedir un HIV, porque ver una secuela de encefalopatía que ya no tiene retorno, una chica que está totalmente... no habla, no se sienta, no camina, está en silla de ruedas, desnutrida, realmente es tan impactante, parece medio cruel la enseñanza, pero creo que a veces un modo drástico de que lo vean, porque a veces la gente subestima las cosas porque no está acostumbrada a verlas (infectóloga pediatra, entrevista 12).

Mientras los infectólogos desplegaban este conjunto de estrategias dentro del hospital, en el año 2001 se produjo un cambio significativo en las respuestas políticas al VIH-sida del gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Ese año se creó la Coordinación Sida¹⁴ con un equipo que propuso nuevas metas y un plan estratégico de gestión que incluyó la prevención de la transmisión perinatal como un área clave de intervención. En noviembre del 2002, se presentaron las “Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH”. Estas condensaban las pautas terapéuticas derivadas de los estudios clínicos realizados desde 1994.

La publicación de estas recomendaciones fue acompañada por el monitoreo, la organización de jornadas de debate y el trabajo conjunto con profesionales de distintos hospitales. Se dispuso, además, la provisión de materiales y recursos, como equipos de test rápidos para el diagnóstico de mujeres sin serología previa al parto, y de sustitutos de leche maternizada.

En este sentido, la aplicación de las pautas no se dejó librada a la política y orientaciones de cada institución. Asimismo, la coordinación editó una nueva publicación, la revista *InfoSIDA* para la difusión de la situación de la epidemia en la ciudad, con algunos datos desagregados por centro asistencial, lo cual implicaba una especial visibilización de los resultados del trabajo en cada uno de ellos.

De esta manera, se introdujo un nuevo actor en las relaciones institucionales. Ya no se trataba sólo de un grupo de infectólogos presionando y “educando” a los profesionales del servicio de obstetricia para la modificación de los procedimientos habituales de atención. Ya no sólo se trataba de “mostrar” los resultados de la falta de intervención en el marco del hospital. A partir de entonces, la prevención de la transmisión perinatal se transformaba también en responsabilidad profesional ante un organismo dependiente del Ministerio de Salud porteño y ante los lectores que accedían a sus publicaciones, disponibles en la página web del gobierno de la ciudad.

Mientras los relatos de los infectólogos sobre acciones y eventos hasta el 2001 estuvieron atravesados por “luchas” con los profesionales de obstetricia y el esfuerzo permanente por “educarlos”, en sus referencias a los años posteriores, tanto obstetras como infectólogos señalaron que “ahora está todo aceitado”, “no hay inconvenientes”, “se trabaja muy bien”, con expresiones como “la norma ahora”, “está rutinizado”, “acá en el hospital se normatizó”, “es una cosa estandarizada”.

LAS RUTINAS

La atención del parto de las mujeres infectadas requirió, para el personal de obstetricia, nuevas pautas de atención basadas en los avances biomédicos en la temática:

de HIV, los congresos que vamos todos los años, leemos todo lo que sale, por eso es lo que hemos podido hacer de alguna manera con la gente de infectología, proponer esta nueva norma, se impuso, vamos a dar AZT y vamos a hacer cesárea, nosotros lo impusimos acá, eso lo leímos de artículos y aunque parezca mentira, al comienzo tuvimos que informar a los colegas y cambiar normas, los médicos te llamaban y te consultaban “che, ¿cómo vamos a hacer una cesárea a una HIV?, ¿por qué?, ¿qué pasa?” Lo cual es aceptable porque es una nueva norma, tuvimos que preparar ateneos, charlas con todos los médicos de guardia; hubo que comentar un poco a todos los colegas de todas las guardias de todos los días que a partir de ese momento las pacientes con HIV

íbamos a operarlas, a tomar ciertos recaudos y a operarlas (médico obstetra, consultorio de “alto riesgo”, entrevista 2).

La adopción de esa “nueva norma” contribuyó a una cierta “normalización” de la atención de las pacientes VIH positivas. En este sentido, fueron frecuentes en las entrevistas frases del tipo “ahora son una más”, “ya no hay diferencia con otras pacientes”, “ahora están todas en la misma habitación”. No obstante, el médico citado más arriba puso de manifiesto la persistencia de dificultades referidas a la adopción de precauciones en el trabajo con ellas, en particular por parte del personal denominado “no médico”:

las pacientes, veíamos que las aislaban, estaban en una habitación, estaban ellas solas, esto hoy en día no tiene sentido, hay que tomar las precauciones propias de las medidas de bioseguridad que conocemos todos, con eso alcanza, pero era un poquito complejo ese tema... ese era un pequeño obstáculo y también creo que el personal no médico comprendió y aprendió que tomando los recaudos adecuados no había ningún problema (médico obstetra, consultorio de “alto riesgo”, entrevista 2).

Así, “la nueva norma” suponía la construcción de nuevos estándares de atención basados en criterios establecidos por los últimos estudios biomédicos en la materia y la eliminación de supuestos o prejuicios que supuestamente no se correspondían con ese estado de los conocimientos (en este caso, el temor suscitado por el trabajo con pacientes afectadas por el VIH).

La incorporación de estos nuevos procedimientos se reflejó en nuevas “rutinas organizacionales” (Berg, 1992), que vincularon entre sí a los diferentes profesionales comprometidos en la atención de estas pacientes. A este respecto, tanto médicos obstetras como infectólogos describieron de la misma manera el protocolo de procedimientos acordado: médicos infectólogos prescribían el análisis de la carga viral en el último trimestre del embarazo y médicos obstetras determinaban la vía de parto, evaluando primero el resultado de este análisis y, luego, lo que denominaron “factores obstétricos”. De este modo, se ponían en juego dos tipos de criterios: los relativos al avance de la infección por el VIH y aquellos concernientes al desarrollo de la gestación y los antecedentes obstétricos de la mujer –por ejemplo, las cesáreas previas–.

Se delimitó así un circuito de atención de mujeres embarazadas infectadas por VIH basado en la división de competencias entre los distintos profesionales. Los médicos de un consultorio obstétrico denominado “alto riesgo”¹⁵ pasaron a realizar el monitoreo del desarrollo gestacional y los médicos infectólogos a prescribir los tratamientos antirretrovirales y el seguimiento de la progresión

del virus, a través del análisis de carga viral. En primera instancia, esta modalidad de trabajo no supuso áreas comunes de toma de decisión o de monitoreo conjunto de la marcha de los tratamientos implementados. Según el protocolo de intervención pautado, si una mujer viviendo con VIH llegase con trabajo de parto a la guardia de obstetricia, los médicos de turno debían administrar AZT intravenoso. En el caso de mujeres con una carga viral superior a las 1000 copias, se programaba una cesárea con anticipación. En la guardia obstétrica, numerosos carteles en distintos espacios (consultorio, sala de trabajo de partos, office) recuerdan al personal los pasos que deben seguirse para la atención de una mujer infectada: goteo de AZT –cantidad de AZT por kilogramo, programación de cesárea, jarabe de AZT al recién nacido–.

Byron Good (1994) ha señalado que la constitución y la distribución de rutinas de atención son parte del conjunto de actividades interpretativas a través de las cuales se construye el objeto de intervención médica. En este sentido, las normas no sólo controlan las prácticas, sino también configuran definiciones aceptables de la realidad (1994: 82); esto es, no sólo se controla el error y la arbitrariedad en la acción y se adhiere a una práctica competente, sino que, fundamentalmente, se formula y organiza la realidad en términos médicos y se definen, de manera idealizada, modos de interactuar con ella, delimitando las diferentes áreas de intervención en función de desórdenes fisiológicos, estructurales y funcionales. Así, se instituye a los sujetos como “pacientes” y a sus padecimientos y malestares en “casos” de enfermedad (o “no-enfermedad”) (Frankenberg, 1992), desatendiendo su mundo de vida y formulándolos en términos de “proyectos médicos”. En esa rutinización, que expresa la racionalidad técnica de la biomedicina, se desconoce 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).

En este caso, los estándares alcanzados en la organización de la atención del parto de las mujeres viviendo con VIH contribuyeron a delimitar ese objeto medicalizado a partir de la escisión entre la progresión del virus y el desarrollo de la gestación, procesos sólo articulados en pos del propósito de prevenir la transmisión del VIH al feto. Es a este “proyecto terapéutico” que quedaban subordinadas, entonces, la intervención sobre los cuerpos y la atención de las mujeres.

Sin embargo, mientras la biomedicina construye su objeto de atención terapéutica en términos de cuerpos medicalizados, ahistóricos y desocializados

(Good y Delvecchio Good, 2000), las mujeres experimentan la enfermedad y el proceso de gestación en el contexto de sus “cuerpos vivos” y de diversas formas de relaciones sociales y estructuras de poder. Frankenberg (1992) ha señalado que la medicina está atravesada por una “trágica e inevitable” contradicción: mientras que su aplicación se efectúa sobre la *disease* (la perturbación de las funciones corporales vista en términos de una entidad biológica), su práctica y eficacia, “el arte de curar”, requieren de la persona que padece (*illness*). Es en esta contradicción que propongo situarnos al considerar la siguiente historia.

PAULA

Paula tenía 20 años cuando la conocimos. Nació en Paraguay, a unos kilómetros de Asunción. Allí había vivido con su pareja, cerca de la casa de su mamá y de su familia. Tres años antes de la entrevista, había viajado a Buenos Aires para buscar a su papá, a quien no conocía. Desde entonces vivía con él en un barrio de emergencia de la ciudad donde tienen, cuenta, una “pequeñísima” panadería. En sus primeros tiempos acá en Buenos Aires viajó a Paraguay en distintas ocasiones para visitar a su familia y a su ex-pareja. Fue así como dijo haber quedado embarazada. Empezó a controlarse en un centro de atención primaria cercano a su casa y allí le ordenaron el primer test de Elisa. Si bien le avisaron que le iban a pedir el test, no recordaba haberlo consentido: “eso era para hacerse sí o sí, no sé, no era obligatorio, pero lo tenían que hacer, pero no me hacían firmar nada”. A la semana, al volver al centro, le sacaron sangre nuevamente porque en el primer análisis, según recordaba, “no salió nada”. Cuando volvió la semana siguiente a una consulta obstétrica le comunicaron que el test había salido reactivo: “y yo me quedaba en el aire te lo juro, yo no podía creerlo...”. En ese momento la derivaron al hospital en donde la conocimos para el seguimiento del embarazo y su atención en infectología. Desde que le comunicaron el diagnóstico, Paula realizó numerosos trámites para conseguir finalmente la medicación, trámites engorrosos y complicados que lo fueron más aún dada su nacionalidad. Decía extrañar mucho a su país, su familia y sus afectos, pero se quedaba en la Argentina porque en Paraguay no tendría acceso al tratamiento antirretroviral. Así narró su experiencia en el parto:

Paula: antes de tener a mi bebé estuve internada tres días, porque ellos se equivocaron, ¿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] 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, 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 .

Antropóloga: ¿Y después cuándo volviste?

P: 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, el 24 de marzo recién lo tuve. 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 había dejado, o sea que como yo antes de entrar tenés que ya hacer todos los trámites y se quedan los papeles... 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

En el relato de Paula, su experiencia de atención previa al parto está atravesada por la incomunicación y el desencuentro entre los distintos profesionales y servicios. Es ella quien articula las distintas instancias implicadas en el circuito de atención, en el cual cada profesional se limita a su “objeto de intervención” específico y a cumplir con su rutina.

Al mismo tiempo, ella resulta “prescindible”: entrega a los obstetras la nota del infectólogo traspapelada e inmediatamente los médicos se hablan “entre ellos, que más bueno parto normal [...] opinaron y dijeron que era mejor, el parto normal”. Sus “papeles”, que ella misma distribuye y circula, la presentan a través de imágenes e indicadores de laboratorio como un caso obstétrico o infectológico sobre el cual han de implementarse un conjunto de acciones estandarizadas. El cumplimiento de las rutinas, entendidas como la

práctica médica racional, la requiere para su realización, pero al mismo tiempo la subordina social y técnicamente. En este sentido, son un factor esencial que interviene en el permanente fluir de “persona social” a “procesos patológicos o naturales” que opera en la atención médica (Frankenberg, 1992).

UNA “PIC”

A continuación presento el registro etnográfico de una escena en la que pude observar los procedimientos de la atención de una cesárea de una mujer VIH positiva:

Quando entré al “office” de la guardia, tres residentes conversaban con las tres residentes de obstetricia. Una médica interna miraba la tele y leía el diario comentando las noticias del día. Una obstétrica 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 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 del día: había cinco camas disponibles; una “internación programada”, “dos cesáreas”, “una PIC” que aguardaba una cesárea afuera y otra para una mujer que estaba en trabajo de parto. (...) Una médica residente 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 de que esa era la mujer a la que la obstétrica le había asignado una cama unos minutos antes (...) 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 y vi que la mujer estaba en una camilla con ropa de cirugía, con el goteo y la historia clínica pegada con cinta en una pared a su lado. 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 a mil copias. Me dio la sensación de que no representaba un evento fuera de lo común, ni de que le llamaba la atención a nadie (Registro de campo, 17 de marzo).

Quando comencé esta investigación, una de las hipótesis de trabajo fue que la implementación de procedimientos para prevenir la transmisión perinatal 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”. Esta hipótesis de trabajo resultó ser una herramienta analítica de suma relevancia. Cito en extensión el registro de campo porque, de alguna manera, quiero destacar el impacto que me produjo esta modalidad de atención. De cierta forma, esperaba encontrar algún tipo de práctica discriminatoria o de segregación (las enfermeras contaron

que hasta 1998 las mujeres infectadas eran internadas en habitaciones aparte y se lavaba el colchón luego del alta) o al menos percibir un mínimo alboroto que indicara algo fuera de lo común. Aparentemente, los procedimientos utilizados en el parto para prevenir la transmisión perinatal estaban estandarizados, tal como lo relataron los profesionales y como lo establecen las distintas normativas: la realización de una cesárea tras un análisis de carga viral y el goteo de AZT (en caso de duda podían ser consultados mirando el “recordatorio” de la cartelera del office). La presencia de la mujer aparentaba estar naturalizada, como dijeron algunos profesionales en las entrevistas: “era una más”, y su atención no parecía representar una situación extraordinaria. Incluso si no hubiese contado el tema de la investigación a la residente, probablemente nunca me hubiese enterado de que la mujer estaba infectada ya que, al menos en mi presencia, ningún profesional mencionó las palabras “HIV”, “VIH”, “sida”.

Sin embargo, hay un punto que demanda atención. Volviendo al fragmento del registro de campo que cito más arriba, cuando la obstétrica asignó las camas disponibles, una fue destinada a “una PIC” que aguardaba por la cesárea afuera; al conversar con la residente supe que se refería a la mujer que esperaba mientras le hacían el goteo de AZT. Después de la realización de la cesárea y mientras una obstétrica de planta pasaba los “casos” del día al libro, tuve acceso a la historia clínica de esta mujer, en la que el término “PIC” aparecía repetidas veces, por lo que intenté averiguar qué significaba:

Quando leía la historia clínica de la mujer me llamó la atención que figuraba varias veces el término ‘PIC’. Le pregunté a la obstétrica de planta qué quería decir, no me contestó nada. La miré a la médica interna y reiteré la pregunta, me dijo, con algo de indignación, “quiere decir Paciente Inmuno-Comprometida, tenemos que poner eso porque si ponemos HIV dicen que discriminamos” (Registro de campo, 17 de marzo).

A propósito del uso de términos técnicos, Stanley Cohen (1988) ha analizado el desarrollo de un lenguaje especializado entre los profesionales de asistencia, tratamiento y castigo. Se trata de un “capital cultural distintivo” que no basa su poder en la autoridad tradicional, sino en sus pretensiones de veracidad, prohibiendo así cualquier apelación al sentido común y la moral y produciendo discursos “desencarnado(s), descontextualizado(s) y auto-fundado(s)”. Este lenguaje técnico implica también un vocabulario especializado que “es totalmente esotérico, esto es, virtualmente incomprensible para el profano” (1988: 405), cuyo uso y conocimiento establece una diferencia entre quienes verdaderamente lo hablan y entienden y quienes no. Desde esta

perspectiva, el uso de siglas y abreviaturas no sólo ahorra tiempo, sino que 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” (1988: 403).

En este sentido, el uso del término “PIC” refería a una jerga profesional que diferenciaba a quienes lo comprendían y se comunicaban a través de él de quienes no lo hacían, y que posibilitaba que los primeros conversaran sin que los demás que escuchaban (observadores externos como yo o las mismas mujeres) entendieran de qué se estaba hablando.

La denominación de las mujeres viviendo con VIH como “PIC” implicaba su invisibilización para los no expertos que no conocían el sentido del término, al mismo tiempo que las visibilizaba de una manera particular para los profesionales que conocían el sentido de las siglas en la jerga médica de la guardia. En este sentido, el término se adquiere frente a dos problemas que en el servicio de obstetricia aparecieron asociados a la atención de las mujeres viviendo con VIH:

1. Por un lado, el temor y los requerimientos de protección de sí frente al trabajo con ellas
2. Por el otro, la amenaza de la violación de la norma que obliga a la preservación de la privacidad y la no discriminación de las personas viviendo con VIH.

Las normas de bioseguridad en salud son de implementación universal, esto es, deben aplicarse en la atención de todos los pacientes independientemente de su condición. Según lo establece la ley 23.798, la responsabilidad ante un incumplimiento de estas normas alcanza tanto al personal que incumple como a los directores y/o propietarios de los establecimientos de salud. Sin embargo, aunque casi todos los profesionales reconocieron discursivamente la necesidad de adoptar las debidas normas de bioseguridad de manera “universal”, en algunos casos señalaron simultáneamente que seguían tomando recaudos “diferenciales” ante una mujer con un diagnóstico VIH positivo confirmado:

quien sabe que está con una paciente HIV positiva y que la está tratando, me refiero en un parto o una cesárea, se cubre, tenemos las gafas, doble guantes, todo eso está todo listo, tenemos equipos de HIV, o sea, que se tiran directamente, descartables (médico obstetra, consultorio “alto riesgo”, entrevista 10).

E1: Pacientes que vienen sin control, en el momento del nacimiento vos las atendés y cuando terminaste ‘ah, yo soy HIV positivo’, hay casos.

A: Son casos que no dio tiempo ni para hacer el test rápido.

E2: 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.

E2: 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; E2: residente de obstetricia, entrevista 4).

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

En el último relato puede leerse cómo comienza señalando la universalidad de las normas de seguridad y finaliza narrando los recaudos que “los valientes” tienen ante un parto de una mujer VIH positivo. Lo mismo ocurre en las dos conversaciones extractadas más arriba respecto de la selectividad en el uso de “equipos de HIV” descartables. Así, las mujeres VIH positivas requieren de una singular identificación para incrementar los cuidados, lo cual se contradice con la pretendida universalidad de las precauciones.

La denominación “PIC” se adopta además en el marco de los requerimientos que impone la ley de sida, que impide al personal de salud divulgar la condición de infectado del/la paciente. 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 que no requieren, en primera instancia, este tipo de recaudos “diferenciales” en la atención.

Retomando entonces la hipótesis del comienzo de la investigación, puede plantearse que, a través del uso de este término profesional, se reencauzan las distintas formas en que continúa manifestándose la concepción de riesgo y peligro asociada a la atención de personas con una serología positiva confirmada. Aquí se pone en juego la necesidad de manejar aquello que se ignora (Handwerker, 1994), se sospecha o se teme, antes que aquello que se sabe sobre la transmisión del virus, 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).

En este sentido, a través del término “PIC”, la irrupción de la “dimensión moral” o sotereológica de la práctica médica se reorienta hacia la esfera técnico-racional (Good, 1994). Desde este punto de vista, el hospital no sólo es el sitio de construcción y tratamiento del cuerpo medicalizado, sino también de un “drama moral” en el que pacientes y profesionales se confrontan con el temor y el sufrimiento humano. Lo que quiero sugerir aquí es que, frente al conflicto (temor, incertidumbre) que aún despierta en algunos profesionales el VIH-sida, el orden amenazado se reestablece a través del lenguaje técnico-racional, iluminando así la dificultad de convertir ese temor en objeto de reflexión y acción.

REFLEXIONES FINALES

Desde 1994, el desarrollo de estudios clínicos sobre prevención de la transmisión perinatal del VIH ha planteado, a los programas nacionales y municipales y a las instituciones de salud, el desafío de instalar estos nuevos dispositivos diagnósticos y terapéuticos en los espacios asistenciales. Para los actores involucrados, la institucionalización de estos nuevos procedimientos implicó construir nuevos estándares que fueron incorporándose a las rutinas de atención.

Se trata de un proceso de “rutinización” (Koenig, 1988) marcado por el desarrollo de investigaciones biomédicas, por la regulación desde los diferentes niveles normativos y por procesos político-institucionales de distintos niveles. Este movimiento técnico, ideológico, institucional y político, ha involucrado a políticos, funcionarios, pacientes, infectólogos, obstetras y otros profesionales de la salud, cuyos acuerdos, disputas y negociaciones modelaron la implementación de estos nuevos recursos. Así, la construcción de estándares de atención es una práctica históricamente situada que emerge de múltiples relaciones que involucran actores muy diversos.

En el hospital en donde realicé el trabajo de campo, estos cambios comenzaron a producirse sólo a partir de 1999-2000. El período inicial aparece en los relatos de los profesionales saturado de actividades, negociaciones, “luchas”, “esfuerzos” y estrategias para instalar los nuevos procedimientos.

Una vez instaladas las rutinas y aceitados los protocolos de intervención, pasó a subrayarse el automatismo, la neutralidad y la racionalidad técnica de las prácticas instaladas.

La aplicación de un enfoque relacional y etnográfico al estudio de estas prácticas nos ha permitido poner de manifiesto el entramado social, político, técnico y moral en el cual se inscriben y al mismo tiempo transforman. En el caso de Paula y de la microescena etnográfica, pudimos apreciar:

- la desorganización y la discrecionalidad en la operatoria cotidiana, que lleva a situaciones de maltrato y abre a la posibilidad de situaciones iatrogénicas negativas;
- la fragmentación de la organización de la atención obstétrica e infectológica de las mujeres;
- 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 y comunicar a los distintos profesionales entre sí;
- la persistencia de la concepción de riesgo y peligro en la atención de las mujeres infectadas;
- la subordinación técnica y social de las mujeres y la omisión de su experiencia en la atención obstétrica.

Desde esta perspectiva, centrada en las prácticas, significados y relaciones en las que efectivamente se despliega la atención de las mujeres viviendo con VIH, se presentan nuevos desafíos y problemas que emergen de las condiciones en las que cotidianamente se gestionan estas tecnologías y normativas. A partir de este enfoque, las rutinas y tecnologías dejan de ser procedimientos neutrales para constituirse en acciones socio-técnicas e históricas que se inscriben en una trama de relaciones de poder y en valoraciones morales que las transforman y resignifican. En este marco, el estudio de las complejas trayectorias y de los procesos sociales a través de los cuales las innovaciones devienen en rutinas y estándares de cuidado, abre una vía posible para el análisis de los procesos de atención y los modos en que se expresa la racionalidad técnica de la biomedicina.

Volvamos a Paula, a las idas y vueltas por las que debió pasar antes de tener a su hijo al que, finalmente, tuvo por parto vía vaginal, tal como era su deseo y como lo posibilitaba su situación virológica e inmunológica. Cuando en la entrevista le preguntamos cómo se sintió en el parto, nos dijo: “no pasé

mucho dolor, no sentí nada, para mí fue algo mágico, muy lindo”. Momento mágico que ella misma se procuró, por ejemplo, insistiendo en la guardia para que quienes la atendieron revisaran los valores de su carga viral. Es aquí donde queremos cerrar este trabajo, en esta lucha de Paula por procurarse “un momento mágico”, esto es, por instalar, en este espacio de “racionalidad técnica”, la posibilidad de una experiencia.

NOTAS

¹ Algunas actividades del trabajo de campo fueron realizadas conjuntamente con Gisela Gagliolo y Nélica Barber, en el marco del proyecto UBACyT dirigido por Susana Margulies.

² La Zidovudina (AZT) fue desarrollada en los sesenta para el tratamiento de pacientes con cáncer, pero dada su alta toxicidad no fue aprobada para su uso en humanos. En 1985 se llevaron a cabo experimentos –primero in vitro, luego en ensayos clínicos– para su uso en el tratamiento del VIH-sida. En 1987 fue aprobada por la Food and Drug Administration de EEUU.

³ El Centre for Disease Control (CDC) es una agencia del gobierno federal de EEUU que notificó los primeros casos de sida en el nivel mundial en 1981. Desde entonces ha sido el centro que irradió las directrices políticas y técnicas para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH-sida.

⁴ El uso de AZT solo y de drogas antirretrovirales combinadas durante el embarazo presenta algunas cuestiones problemáticas, ya que no se conocen los efectos a mediano y largo plazo que pueden tener sobre la mujer y el niño. Asimismo, la suspensión del tratamiento después del parto –que es la recomendación predominante– puede favorecer la aparición de cepas virales resistentes a la medicación y reducir así las opciones terapéuticas futuras de las mujeres.

⁵ Se denomina “carga viral” a la cantidad de virus que hay en determinados fluidos o tejidos de una persona infectada, se mide en cantidad de “copias” de VIH por unidad de medida. El equipo para medirla se desarrolló en 1996. Actualmente es considerada como un marcador bioquímico clave para medir la progresión del virus.

⁶ El Programa Nacional de Lucha contra el SIDA fue creado en 1992. Sus funciones estaban centradas en la compra y distribución de medicación y reactivos y en la difusión de información a través de campañas públicas, sin realizar acciones preventivas y omitiendo plantear cuestiones relativas a la sexualidad y temas asociados. En 1996, ante el incremento del número de casos registrados en el país, el Banco Mundial comenzó a negociar con el gobierno de Carlos Menem un préstamo para la creación de un proyecto que incorporara acciones preventivas frente a la epidemia. En 1997 se lanzó LUSIDA con financiación de la entidad internacional y del gobierno nacional. Durante un período de tres años coexistieron los dos programas. En el 2000 se creó la Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/SIDA y ETS a fin de articular las tareas de ambos.

⁷ En el año 2001, se aprobó una ley nacional (25.543) que reglamentaba esta medida.

⁸ El AZT estaba incluido como prestación obligatoria del vademécum del Ministerio de Salud desde 1992; desde mediados de los '90 fueron incorporándose otras drogas antirretrovirales.

⁹ En la actualidad continúan presentándose nuevos casos de infección por VIH en recién nacidos. En el período 2003-2004 nacieron 275 niños infectados por vía perinatal; en el bienio 2005-2006, 136; en 2007-2008 (datos parciales), 93 (Boletín sobre VIH-Sida en la Argentina, 2009). Si bien desde 2009 se han producido boletines epidemiológicos anualmente, este fue el último número en que se presentaron desagregadas las cantidades de infecciones por vía de transmisión madre-hijo. Actualmente se considera que la tasa de transmisión (esto es la cantidad de niños infectados sobre partos de mujeres viviendo con VIH) constituye el indicador más adecuado para evaluar las políticas públicas respecto de este problema. Sin embargo, numerosas dificultades se presentan en la construcción de este valor.

¹⁰ Distintos estudios señalan que la tasa de transmisión perinatal, en caso de no mediar ningún tratamiento, varía según el lugar: el 16,4% en Europa Occidental, el 25% en EEUU y entre el 35 y 40% en África.

¹¹ Considerando que es 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 la ciudad, en donde se conformaron equipos de atención a partir de mediados de los ochenta y hasta los primeros años de los noventa.

¹² Es una de las maternidades con mayor cantidad de partos anuales en la ciudad. Dentro del hospital ocupa un lugar privilegiado y es la división con mayor cantidad de consultorios, personal y recursos.

¹³ El término “transmisión vertical” refiere a todo tipo de infecciones transmitidas de la madre al feto o al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia. En este artículo opté por los términos “transmisión madre-hijo” o “transmisión perinatal”.

¹⁴ Este organismo reemplazó a la Dirección General Adjunta de Sida que se encargaba de elevar las notificaciones de casos de sida al Ministerio de Salud de la Nación y distribuir los medicamentos y materiales que llegaban desde el Programa Nacional.

¹⁵ En la división de obstetricia hay consultorios externos específicos para mujeres embarazadas con hipertensión arterial, diabetes, más de dos cesáreas previas y para adolescentes; el de “alto riesgo” nuclea a las mujeres cuyos embarazos no ingresan dentro de estas categorías, pero tampoco en la de “bajo riesgo” (que en la institución es sinónimo de “embarazo normal”).

BIBLIOGRAFÍA

- ALTMAN, L. 1994. "In Major Findind. A drug curbs HIV infection in newborns". *New York Times*, febrero 21. <http://www.nytimes.com/1994/02/21/us/in-major-finding-drug-curbs-hiv-infection-in-newborns.html>
- BERG, M. 1992. "The construction of medical dispuosals. Medical sociology of medical problem solving in clinical practice". *Sociology of Health and Illness*, Vol. 14, Nro. 2: 151-179.
- BERG, M.; TIMMERMANS, S. 1997. "Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols". *Social Studies of Science*, Vol. 27, Nro. 2: 273-305.
- Centre of Disease Control. 1994. "Morbidity and Mortality". *Week Report (MMWR)* 43(16): 285-287.
- COHEN, S. 1988. *Visiones de control social*. Barcelona: Promociones y publicaciones universitarias.
- DEL VECCHIO GOOD, M. J.; GOOD, B. 2000. "'Fiction' and 'Historicity' in Doctors' Stories: Social and Narrative Dimensions of Learning Medicine". En: L. Garro y C. Mattingly (Eds.). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Los Angeles: University of California Press. pp. 50-69
- FARMER, P. 2004. "An anthropology of structural violence" (Sindey W. Mintz Lecture for 2001). *Current Anthropology*, Vol.45, Nro.3: 305-321.
- FRANKENBERG, R. 1992. "'Your time or mine': temporal contradictions of biomedical practice". En: R. Frankenberg (Ed.) *Time, Health and Medicine*. London: Sage Publications. pp. 1-30.
- GOOD, B. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GRIMBERG, M.; MARGULIES, S.; WALLACE, S. 1997. "Construcción Social y Hegemonía: Representaciones médicas sobre Sida. Un abordaje antropológico". En: A. Kornblit (Comp.). *Sida y Sociedad*. Buenos Aires: Espacio. pp. 107-123
- HANDWERKER, L. 1994. "Medical Risk: Implicating poor pregnant women". *Social Science and Medicine*, Vol. 38, Nro. 5: 665-675.
- KOENIG, B. 1988. "The Technological Imperative in Medical Practice: The Social Creation of a 'Routine' Treatment". En: M Lock y D. Gordon (Eds.). *Biomedicine Examined*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. pp. 465-496
- LOCK, M. 2002. "On Dying Twice: culture, technology and the determination of the death". En: M. Lock; A. Young y A. Cambrosioe (eds.). *Living and Working with New Medical Technologies: Intersections in Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 233-262
- MARGULIES, S. 1998. "'Candidaturas" y Vih-Sida: tensiones en los procesos de atención". *Cuadernos Médico Sociales*, Nro. 74: 53-59.

- MARGULIES, S. 2008. *Construcción Social y VIH-Sida. Los procesos de atención médica*. Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, E. y DI PARDO, R. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México: Ediciones de la Casa Chata, CIESAS.
- Ministerio de Salud y Acción Social. 1997. *Norma Nacional de Sida en Perinatología*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2009. *Boletín sobre VIH-Sida en la Argentina*. Buenos Aires.
- RAPP, R. 1999. *Testing Women, Testing Fetus. The Social Impact of Amniocentesis in America*. New York: Routledge.
- 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.
- ROMANÍ, O. 1997. “Etnografía y drogas: discursos y prácticas”. *Nueva Antropología*, vol.16, nro.52: 39-66.
- WEBSTER, A. 2002. “Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and Body”. *Current Sociology*, vol.50, Nro.3: 443-457.