

prevención/tratamiento/asesoramiento/investigación

RECOMENDACIONES PARA LA
PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN
VERTICAL DEL VIH,
EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN
EN MUJERES EMBARAZADAS Y EL
ASESORAMIENTO SOBRE
PROCREACIÓN Y ANTICONCEPCIÓN
EN PAREJAS SEROPOSITIVAS O
SERODISCORDANTES.
ACTUALIZACIÓN 2004

EXITOS MÉDICOS, DESAFÍOS HUMANOS.
REPRODUCCIÓN Y ANTICONCEPCIÓN
EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.
INFORME FINAL



SECRETARÍA DE SALUD

Coordinación Sida

Secretaría de Salud

Carlos Pellegrini 313, piso 9°
(1009) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. 4323-9029/9053 -

e-mail coordinacionsida@buenosaires.gov.ar

Hospital Muñiz

Uspallata 2272, ex sala 29, piso1°
(1282) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel/fax. 4305-0954

www.buenosaires.gov.ar (Salud)

Diciembre 2004



prevención/tratamiento/asesoramiento/investigación

RECOMENDACIONES PARA LA
PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN
VERTICAL DEL VIH,
EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN
EN MUJERES EMBARAZADAS Y EL
ASESORAMIENTO SOBRE
PROCREACIÓN Y ANTICONCEPCIÓN
EN PAREJAS SEROPOSITIVAS O
SERODISCORDANTES.
ACTUALIZACIÓN 2004

EXITOS MÉDICOS, DESAFÍOS HUMANOS.
REPRODUCCIÓN Y ANTICONCEPCIÓN
EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.
INFORME FINAL



SECRETARIA DE SALUD

Miembros del Grupo de Trabajo de las presentes Recomendaciones

Coordinadores

Dra. Adriana Basombrío
Dr. Fabián Portnoy
Dr. Fernando Silva Nieto
Lic. Silvana Weller

Colaboradores

Dra. Graciela Barboni
Dra. Rosa Bologna
Bioq. Belén Bouzas
Dra. Miriam Bruno
Lic. Ana María Cañizal
Dra. Aurelia Fallo
Dra. Vera Giraudi
Dra. Susana Hermosid
Dra. Teresa Rodríguez
Dra. Gabriela Vidal
Dr. Marcelo Vila
Dra. Inés Zapiola
Period. Malala Carones
Lic. Agustín Rojo

Índice

Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes.

I. Introducción	11
II. Asesoramiento	16
III. Diagnóstico de infección por VIH	23
IV. Transmisión Vertical: cuándo ocurre y qué factores influyen en ella	28
V. Medicación Antirretroviral	31
VI. Transmisión Vertical y modo de parto	38
VII. Resistencia a los antirretrovirales	41
VIII. Recomendaciones para el seguimiento clínico de las mujeres embarazadas VIH reactivas	43
IX. Recomendaciones para la atención del RN de madre con infección por VIH	46
X. Reproducción y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes	52
- Referencias bibliográficas	59
- Anexos	64
- Notificación de partos de mujeres VIH reactivas	
- Ficha de notificación	
- Modelo de Consentimiento Informado	

Éxitos médicos, desafíos humanos.

Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH.

Introducción	71
I. La transmisión vertical del VIH/sida: estado del arte	80
II. La investigación	100
III. Resultados del estudio: posiciones y prácticas desde la voz de los actores	104
IV. Comparación de los resultados con estudios similares	150
V. Conclusiones y propuestas	161
- Referencias bibliográficas	169

Presentación

En diciembre de 2002 se presentaron las *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*. La presente reedición busca actualizar el estado del conocimiento en relación con las acciones de prevención de la transmisión perinatal del VIH y la terapia antirretroviral para embarazadas, así como el abordaje de los temas de reproducción y anticoncepción en personas con VIH. También pretende renovar el compromiso de quienes trabajamos en la prevención del VIH para reducir la tasa de transmisión vertical a los valores mínimos posibles registrados en los países desarrollados.

En esta actualización se incorporan los adelantos en materia de diagnóstico, terapéutica, seguimiento y prevención, pero también información epidemiológica, producto de la puesta en marcha de herramientas de vigilancia específica dentro de la ciudad. La implementación de la ficha de notificación de partos en mujeres VIH reactivas y el fortalecimiento de los vínculos entre el nivel central y las maternidades de los hospitales de la ciudad permiten contar con una mirada de conjunto, en la cual las prácticas de los diferentes servicios pueden ser contrastadas y debatidas.

Por otra parte, cabe destacar que junto a las *Recomendaciones* actualizadas se publica el informe final de una investigación de carácter cualitativo sobre reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH-sida. Este estudio, producido en el

marco de un acuerdo entre la Secretaría de Salud y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, nació con la intención de ser una herramienta que permita conocer cómo están afrontando esta temática los servicios de salud y sus usuarios. Concretamente, ¿qué respuestas se está dando como sistema de salud a la vida sexual activa, la fecundidad, los deseos de tener hijos o no tenerlos de las personas que viven con VIH? Esta es la pregunta que organizó la investigación.

La publicación conjunta de estos documentos tiene una intencionalidad clara: poner en diálogo dos tipos de instrumentos, aquellos que se vinculan con el avance de las normativas a escala nacional e internacional y los que surgen de la reflexión sobre la práctica donde esas mismas normas deberían funcionar. En realidad, se trata de acercar dos mundos que están unidos en los hechos pero separados muchas veces en las "cabezas": el de la prevención de la transmisión vertical y el de la promoción de la salud de las personas que viven con VIH en el marco de sus derechos reproductivos.

Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes.

Actualización 2004

Coordinación SIDA—Secretaría de Salud—GCBA

Introducción

La ciudad de Buenos Aires cuenta con los recursos materiales y el personal necesario para disminuir la transmisión vertical. En hospitales y centros de salud hay equipos altamente capacitados, reactivos de laboratorio, medicación, sustitutos de leche materna, inhibidores de la lactancia y folletos con información especialmente dirigida a las mujeres embarazadas y sus parejas. Los datos epidemiológicos señalan que estos recursos y sobre todo el trabajo de los equipos de salud comienzan a producir resultados.

Tanto el indicador tradicional —casos de sida— como el más reciente registro de nuevas infecciones marcan una caída sostenida en la vía de transmisión perinatal. Por su parte, los primeros cálculos sobre la tasa de transmisión también son alentadores. De manera aún provisoria —porque el período es muy breve y los datos son parciales— es posible ubicar la tasa de transmisión vertical en los hospitales de la ciudad en 4,6%, ya que de 152 hijos de mujeres VIH reactivas nacidos entre el 1/1/2003 y el 30/6/2004 cuya serología fue confirmada, 7 viven con el virus. No obstante se debe subrayar que, al mes de noviembre de 2004, no se ha completado el diagnóstico y la notificación de la serología de otros 162 niños nacidos de mujeres que viven con VIH.

De todas maneras, estos datos confirman la tendencia que surge de otro estudio —basado en registros del laboratorio de Virología del hospital Muñiz en años anteriores—, que muestra tasas del 37,5% en 2000, 15,5 en 2001, 9,3 en 2002 y 8,5 en 2003.

A continuación se presenta con mayor nivel de detalle la información sobre la evolución de la transmisión vertical desde el registro del primer

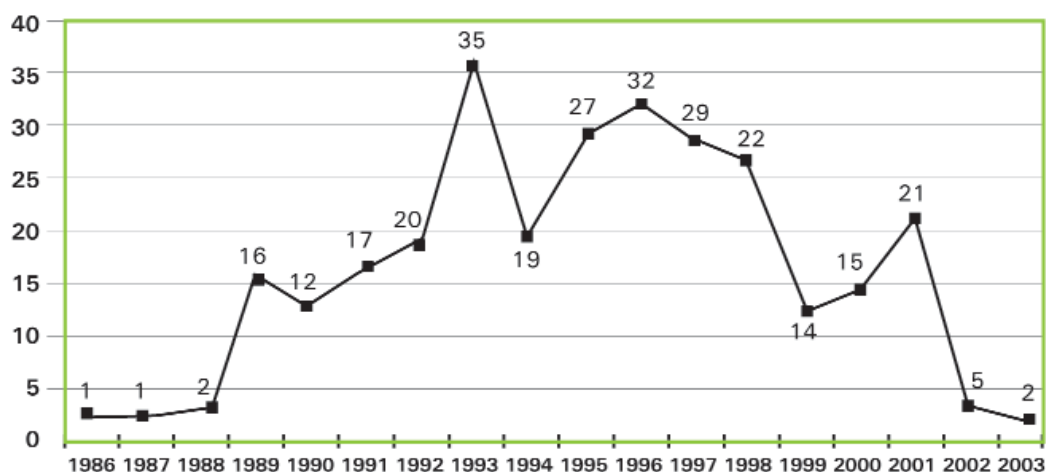
caso de sida pediátrico hasta hoy, con énfasis en los últimos años, cuando comenzaron la notificación de infecciones y la vigilancia epidemiológica sistemática de los partos de mujeres VIH reactivas.

Tendencia decreciente de los casos de sida por TV

La transmisión vertical es la principal vía de transmisión del VIH en los menores de 13 años en la ciudad de Buenos Aires. El 97% de los casos de sida en esa franja de edad adquirió la infección por esta vía.

El primer niño con diagnóstico de sida en la ciudad, infectado por transmisión vertical, fue reportado en 1986. Desde entonces, esta ha sido la vía de transmisión de 1.032 niños notificados desde la ciudad, de los cuales residen en ella 291. Hasta 1996, año en que se alcanzó el valor máximo, se registró una tendencia ascendente en el número de nuevos casos. A partir de 1997 la curva comenzó a descender hasta ubicarse en tan sólo 2 casos notificados durante 2003. Este descenso coincide con el acceso al tratamiento antirretroviral y la aprobación y difusión de la "Norma Nacional de Sida en Perinatología", que incluye la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la realización de la serología para el VIH, previo asesoramiento y respetando el consentimiento informado. Esto contribuyó a optimizar la detección precoz de las mujeres embarazadas infectadas por VIH y ofrecerles tratamientos antirretrovirales, que han demostrado reducir sensiblemente el riesgo de transmisión madre-hijo. Debemos considerar que el repunte en la frecuencia de 2001 se debió a una búsqueda activa de nuevos casos.

Casos de sida en menores 13 años
según año de diagnóstico
residentes en ciudad de buenos aires



Primeras cifras sobre infecciones por VIH debidas a TV

Desde octubre de 2002, comenzó la notificación sistemática de infecciones en la ciudad de Buenos Aires. Hasta el 30/10/2004 se recibieron 134 notificaciones de infección en niños debidas a transmisión vertical, 16 de las cuales corresponden a niños residentes en el distrito.

A partir de la primera edición de las *Recomendaciones*, se intensificó la vigilancia epidemiológica sobre los partos en mujeres VIH reactivas en hospitales públicos. Desde el 1/1/2003 se notificaron 442 partos de mujeres VIH reactivas, de las cuales 200 (45.2%) eran residentes en la ciudad. De estos, 286 corresponden al año 2003, lo que implica el 0,98% (IC 95% 0,8-1,1) de los 29.272 partos registrados en los hospitales públicos de la Ciudad durante ese año.

**Partos notificados en mujeres VIH reactivas por hospital.
Años 2003/2004**

Hospital	Año 2003*	Prevalencia s/total de Partos 2003 en %	Año 2004
Álvarez	12	0,79	0
Argerich	31	1,21	24
Durand	37	1,84	23
Fernández	16	0,8	4
Penna	33	1,22	21
Pirovano	0	0	5
Piñero	24	1,19	16
Ramos	35	2,42	0
Rivadavia	13	0,77	6
Santojanni	21	0,54	23
Sarda	63	0,96	34
Velez	1	0,07	0
	286	0,98	156

* Notificaciones recibidas al 30/10/2004.

La estimulación del testeado a las mujeres embarazadas y sus parejas ha permitido detectar un significativo número de mujeres que desconocían su estado serológico. El 54.1% de quienes vivían con VIH lo sabían antes del embarazo, el resto conoció su diagnóstico durante el mismo, o durante el trabajo de parto y puerperio. El 80% de ellas cursaba una infección asintomática.

Momento del diagnóstico de VIH (2003/2004)

	N°	%
Antes del embarazo	235	53,2
Durante el embarazo	147	33,3
Trabajo de parto	30	6,8
Puerperio	23	5,2
Embarazo anterior*	4	0,9
Desconocido	3	0,7
Total	442	100

* Seguramente este ítem puede ser mayor, ya que el dato "en un embarazo anterior" se incorporó a la ficha de notificación a partir de mayo de 2004.

Por otra parte, la promoción del testeo voluntario entre las parejas masculinas de las mujeres embarazadas ha dado significativos resultados en aquellos lugares donde se comenzó a aplicar. A título de ejemplo, cabe mencionar que en el hospital Durand durante 2003 fueron diagnosticados 11 varones cuyas parejas embarazadas eran seronegativas.

Y en este punto, vale una doble reflexión. Es evidente que el conocimiento del estado serológico de estos varones permitió recomendar a las parejas la adopción de medidas de cuidado para evitar la infección de las mujeres y consecuentemente la de los hijos. Pero además es necesario subrayar que, de manera análoga a lo que sucede con las mujeres respecto de la transmisión vertical, la realización del test de VIH no puede ser vista exclusivamente como una práctica tendiente a "proteger a terceros" (los hijos, las parejas) sino como una oportunidad para que varones y mujeres accedan a un diagnóstico temprano y a los beneficios de un tratamiento oportuno.

En cuanto a la distribución geográfica, se registró el barrio donde viven 139 (69.5%) de las 200 mujeres VIH reactivas residentes en la ciudad. La mayoría habita en la zona sur, en menor proporción en la zona centro y muy pocas en la zona norte.

Partos en mujeres VIH reactivas por zona de la ciudad

Zona	Nº	%	% acumulado
Centro	38	27,3	27,3%
Norte	4	2,9	30,2%
Sur	97	69,8	100,0%

Profilaxis de la transmisión vertical durante el año 2003

De las 442 pacientes, 164 (37,1%) tomaban ARV antes del embarazo. De las 382 mujeres a quienes se diagnosticó VIH antes o durante el embarazo, 351 (91,9%) realizaron la profilaxis con ARV, 28 (7,3%) no lo hicieron y en 3 casos (1,06%) no fue informado. De estas mujeres en 284 casos (74,3%) se notificó la realización del estudio de Carga Viral durante el embarazo, pero sólo en 175 de ellos (46,1 dicho estudio se hizo luego de la semana 32, como indican las recomendaciones.

Respecto al tipo de nacimiento, se observa que un 30,9% se realizó por vía vaginal y un 69,1% por cesárea (54,8 por cesárea electiva y 14,3 por cesárea de urgencia).

En cuanto a las drogas indicadas durante el embarazo para la profilaxis de la transmisión vertical, los datos muestran el uso de esquemas diversos, algunos de los cuales aparecen en la bibliografía internacional, por lo menos, como discutibles.

Drogas utilizadas para la profilaxis en los partos notificados 2003/2004

Zona	Nº	%
AZT/ 3TC / Nevirapina	198	56,4
AZT / 3TC	44	12,5
AZT	42	12,0
3TC / Nevirapina	28	8,0
AZT / Nevirapina	8	2,3
AZT / 3TC / Nelfinavir	7	2,0
OTRAS	6	1,7
DESCONOCIDO	18	5,1
Total	351	



Asesoramiento

El diagnóstico precoz de la infección por VIH durante la gestación permite mejorar el control de la infección materna y, consecuentemente, lograr mejores resultados de prevención de la transmisión vertical del virus. Es por este motivo que deberá ofrecerse a todas las embarazadas y sus parejas la realización de la serología para el VIH, previo asesoramiento y respetando el consentimiento informado.

Entre los principios éticos y los derechos de los ciudadanos que guían las presentes recomendaciones se encuentran el respeto a la decisión personal, libre e informada, y el derecho a la confidencialidad para cada persona respecto de su situación serológica.

En este contexto, el asesoramiento debe ser entendido como un espacio de encuentro para el intercambio de información y para la reflexión sobre diversos aspectos relacionados con el VIH y el sida.

Así entendido, el asesoramiento es un proceso de escucha activa, individualizado y centrado en la persona que consulta. Presupone la capacidad de establecer una relación de confianza entre los interlocutores, que tienda a rescatar los recursos internos del consultante para que tenga la posibilidad de reconocerse como sujeto de su propia salud.

La calidad de ese intercambio guarda una relación directa con el éxito de las acciones que se propone: potenciar los recursos preventivos de sus actores y fortalecer la autonomía en las decisiones de las personas, respetando los diferentes estilos de vida y considerando los distintos tipos de vulnerabilidad que atraviesan, mar-

cados por los aspectos culturales, sociales, biológicos y subjetivos.

Ser vulnerable en el contexto del VIH-sida significa tener poco o ningún control sobre el riesgo de infectarse, o tener poco o ningún acceso a cuidados y apoyos adecuados.

En relación con la prevención de la transmisión perinatal del VIH, privilegiar este espacio implica que la mujer embarazada y su pareja reciban el asesoramiento que les permita evaluar si han estado en riesgo de infección, informarse acerca de la prueba de laboratorio y sus implicancias, decidir si necesitan o no realizarla y reflexionar sobre cómo prevenir la infección considerando su realidad personal y social.

Esto supone que la decisión de realizar el test sea de carácter estrictamente voluntario y confidencial, en consonancia, a su vez, con la Ley 23.798 y su decreto reglamentario N° 1.244/91, que exigen el consentimiento informado y escrito de quien consulta para hacer el estudio (Ver modelo en página 68).

Por esto debería pensarse el consentimiento informado en el marco de un proceso que incluye la autorización mediante la cual la persona expresa la comprensión de la información suministrada y acepta o no la realización de la prueba.

Sin embargo, en la práctica asistencial el consentimiento informado se ha convertido, muchas veces, en una formalidad, un mero trámite que debe cumplimentarse pero que carece del sentido para el cual fue propuesto. Los pacientes firman como obligación y los profesionales lo consideran como una medida de protección frente a potenciales demandas legales.

Es clave problematizar y repensar estas situaciones para darle al consentimiento informado el sentido y objetivo para los cuales fue creado. Es este un primer paso para rescatar y fortalecer la defensa de la libertad y el respeto por las personas.

El marco de confidencialidad que requiere el asesoramiento hace necesario un lugar físico que asegure la privacidad de la entrevista.

Los principales objetivos que guían el asesoramiento son:

- Proporcionar apoyo educativo que permita compartir conocimientos sobre VIH-sida, su prevención, diagnóstico y tratamiento, y aclarar las dudas que surjan al respecto.
- Facilitar la gestión de riesgo que implica el proceso afectivo e intelectual de evaluación de la propia vulnerabilidad respecto a adquirir la infección y la decisión de asumir la forma de prevención más adecuada para cada situación en particular.
- Proporcionar el apoyo psico-social a quienes necesitan manejar episodios de crisis asociados al diagnóstico o a situaciones derivadas del riesgo de infección por VIH.
- Facilitar la adherencia a los tratamientos propuestos.

- Consejeros

En el caso de la transmisión perinatal, la práctica del asesoramiento debe realizarse en los diferentes ámbitos por donde circulan los destinatarios específicos: consultas preconcepcionales, prenatales, de anticoncepción, entre otras, en los diferentes efectores de salud (servicios hospitalarios, sanatoriales, Centros de Salud, Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico —CePAD—, etc.).

La actividad de consejería puede ser llevada a cabo por:

- Trabajadores de la salud capacitados en consejería.
- Miembros de la comunidad y de organizaciones civiles entrenados y capacitados en consejería.

Es imprescindible que las personas que realizan el asesoramiento tengan conocimientos actualizados en VIH-sida y ETS, y disposición para reconocer sus propias limitaciones y potencialidades. Además, deben saber valorar los conocimientos, prejuicios y sentimientos del consultante. Estas son condiciones necesarias para construir un vínculo de confianza, esencial para el desarrollo del asesoramiento. De la calidad de la relación entre el consejero y la / el consultante dependerá la identificación de barreras que dificultan la prevención para cada caso en particular y el

mantenimiento de la percepción de riesgo en el tiempo y, por ende, de las medidas preventivas.

- Asesoramiento pre test

Los siguientes son contenidos esenciales a incluir en la dinámica del pre test:

- Reafirmar el carácter voluntario y confidencial del testeo.
- Verificar testeos anteriores, riesgos, valores y creencias.
- Intercambiar informaciones sobre el test y el "período ventana".
- Explicar que se hará un primer análisis por técnica de ELISA y, de resultar positivo, deberá confirmarse siempre por otro estudio denominado Western Blot (WB).
- Plantear la importancia de ofrecer el test a la(s) pareja(s) actual(es).
- Intercambiar informaciones sobre el significado e impacto de los posibles resultados del test.
- Enfatizar la diferencia entre infección por VIH y sida.
- Considerar las reacciones emocionales que puedan ocurrir durante el período de espera del resultado del test y orientar la oferta de servicios en consecuencia.
- Reforzar la necesidad de adoptar prácticas seguras frente al VIH, también durante el embarazo, mostrando el uso correcto de los diferentes insumos (por ejemplo, preservativos).
- Aclarar y explicar que ante la situación de un resultado positivo, existen tratamientos efectivos y que la medicación es provista de modo gratuito por el Programa Nacional.

Se ha verificado que en muchos lugares hay un alto porcentaje de personas que se testean y no retiran el resultado. Esto tiene una relación directa con la calidad del asesoramiento pre test.

- Asesoramiento post test

Dentro de los contenidos de las entrevistas post test no debe dejarse de:

- Reforzar y conversar con las personas el significado del resultado del test.
- Reforzar las informaciones sobre el modo de transmisión del VIH.
- Reforzar la información sobre las medidas de prevención

Ante un resultado negativo de ELISA: Se deberá tener en cuenta que este resultado puede expresar que no existe infección o que ésta es tan reciente que aún no se ha desarrollado la cantidad de anticuerpos necesaria para ser detectada por el test (ventana serológica).

En este caso, la necesidad de recomendar o no la realización de un nuevo test guardará relación con los contenidos e informaciones aparecidas en la entrevista pre test.

Ante un resultado positivo de ELISA: debe confirmarse siempre con WB.

Ante un resultado indeterminado con WB: Este resultado puede significar una infección por VIH reciente o, menos frecuentemente, una reacción cruzada con otras enfermedades. Por lo tanto se recomienda repetir el estudio entre 7 y 15 días después.

Ante un resultado positivo confirmado con WB: Comunicar este resultado implica estar atento a las diferentes reacciones que pudieran presentarse. Es importante recordar que debe propiciarse la devolución individual del resultado, el carácter confidencial del test y el respeto por la autonomía de las gestantes y/o sus parejas, que definirán entre otras cuestiones con quién y cuándo compartir esta información.

Se debe comprometer el tiempo que fuera necesario para que las gestantes y/o sus parejas puedan expresar los sentimientos y sensaciones que les produce el impacto del diagnóstico.

Luego de este primer momento de escucha y contención, es importante reforzar la información de que estar infectado por el VIH no significa tener sida, que existen medicamentos para controlar su infección, que

son provistos de modo gratuito por el Estado y que en el caso de las mujeres embarazadas logra reducir sustancialmente la posibilidad de transmisión a su hijo, orientando a la paciente para una atención especializada.

El consejero deberá reforzar las informaciones relativas al control de la infección, de las reinfecciones y de todo lo referente a la prevención de la transmisión vertical del VIH.

Se deberá informar acerca de la necesidad de iniciar una terapia antirretroviral, que será decidida junto al especialista.

La Ley Nacional de Sida establece que la notificación de los resultados de la serología para VIH debe ser informada por el médico junto al consejero.

Es importante, en este momento, plantear los conocimientos actuales en relación con la vía de parto.

Asimismo, se insistirá en la recomendación de no amamantar a su hijo y se garantizará la entrega de los sustitutos adecuados.

También es importante evaluar la existencia de redes sociales de apoyo disponibles (familia, pareja, amigos, trabajo, etc.).

Finalmente, se evaluará con la mujer la necesidad de realizar el test a su/s hijo/s y pareja/s y se insistirá en la conveniencia de usar el preservativo en todas las relaciones sexuales.

Muchas veces puede ser necesario tener más de una entrevista, ya que la información a compartir es mucha y la persona que recibe un diagnóstico positivo está atravesando un momento crítico.

- Asesoramiento a menores

Con respecto al asesoramiento y testeo de los menores de edad, es necesario regirse por las Normas elaboradas por la Defensoría Permanente del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Se debe garantizar en primera instancia el Derecho a la Salud de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño, que tiene rango constitu-

cional; la Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires y a la reglamentación del artículo 4 de la Ley N° 153. Artículo 4º- Inc. h) de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires que dice:

"Toda persona que esté en condiciones de comprender la información suministrada por el profesional actuante, que tenga suficiente razón y se encuentre en condiciones de formarse un juicio propio, puede brindar su consentimiento informado para la realización de estudios y tratamientos. Se presume que todo/a niño/a o adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar testeo de HIV, solicitar la provisión de anticonceptivos)."

El menor debe ser atendido aunque concorra solo o indocumentado. De presentarse alguna duda, se debe proporcionar la atención necesaria y luego comunicarse con la guardia permanente del Consejo.

Teléfonos de la Guardia Permanente del
Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes

102 (línea gratuita) 4978-0685 155-662-9923 155-662-8894



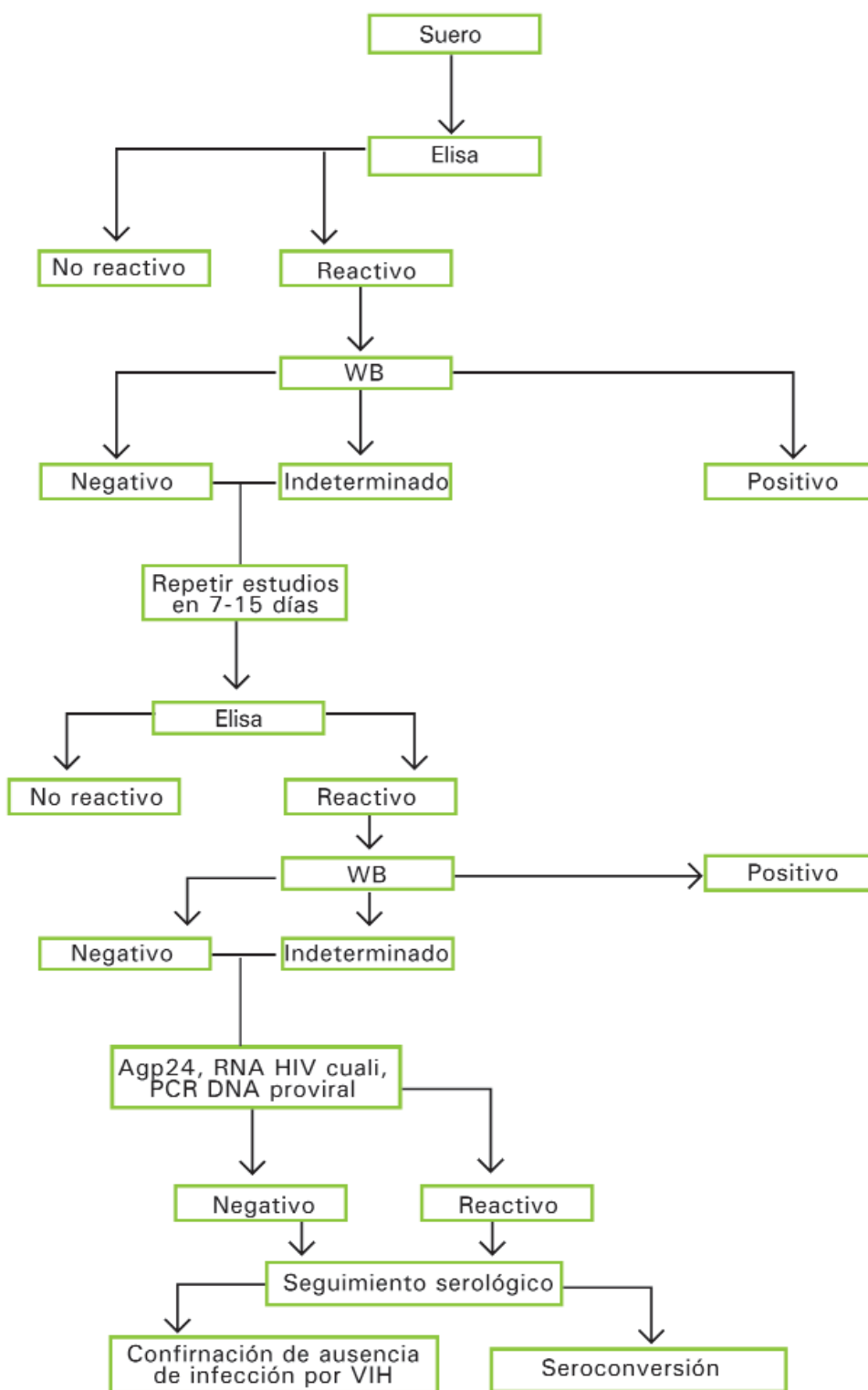
Diagnóstico de infección por VIH

El diagnóstico de infección por VIH se basa en la detección serológica de anticuerpos. El mismo comprende un estudio preliminar mediante técnicas de tamizaje que pueden ser aglutinación de partículas de gelatina o bien enzoinmunoensayos (ELISA) de tercera y cuarta generación.

Aun cuando la sensibilidad y especificidad de estas técnicas es superior al 99%, se ha observado un aumento en la frecuencia de falsos positivos en las técnicas de tamizaje en mujeres embarazadas.

Las muestras positivas se estudian mediante la técnica confirmatoria o suplementaria llamada Western Blot (WB). En la página siguiente se presenta el algoritmo diagnóstico sugerido.

Algoritmo diagnóstico de la infección por VIH



- Las pruebas de Elisa empleadas en la actualidad como técnicas de tamizaje comprenden las llamadas de tercera generación o bien de cuarta generación. Ambas poseen la cualidad de detectar anticuerpos específicos de tipo IgG, IgM e IgA. La diferencia entre ambas radica en que las últimas pueden además detectar Agp24. De esta manera resultados reactivos por estos ensayos pero negativos o indeterminados por WB deben ser re-evaluados con una nueva muestra con el fin de descartar una posible seroconversión.
- Un aumento en la absorbancia en los ELISA o aumento en el número de bandas en el Western Blot en muestras consecutivas, en presencia de Agp24 y/o RNA de VIH en plasma y/o DNA proviral de VIH confirman una seroconversión para VIH.
- La confirmación de una seroconversión implica un seguimiento serológico que finalizará al momento que el resultado obtenido cumpla con los criterios de positividad correspondiente en el Western Blot (WB).
- La ausencia de reactividad en estudios complementarios (Agp24 y/o RNA de VIH en plasma y/o DNA proviral de VIH) también obliga a un seguimiento serológico con el fin de confirmar ausencia de infección por VIH.
- Independientemente, todo resultado serológico debe ser evaluado bajo contexto clínico y epidemiológico.

Se sugiere realizar siempre una consulta con el equipo especializado

- Test rápidos

Los test rápidos de diagnóstico de VIH han demostrado tener una sensibilidad y especificidad comparables a los ELISA de tercera generación (sensibilidad y especificidad que oscilan entre el 97 y 100%).

Su uso está dirigido hacia aquellas situaciones en que es necesario evaluar y decidir rápidamente la utilización de profilaxis medicamentosa para evitar la infección vertical por VIH del recién nacido. Por ejemplo: mujeres a punto de finalizar su embarazo o ya en trabajo de parto y que no fueron testeadas previamente.

Puede aceptarse un único test rápido para tomar decisiones terapéuticas de emergencia en casos particulares como los mencionados en el párrafo anterior, considerando que el diagnóstico de la infección por VIH y su tratamiento, incluso al momento del parto, reducen marcadamente las posibilidades de transmisión vertical del virus.

La recomendación del test rápido para el diagnóstico del VIH a todas las mujeres embarazadas que concurren al final del embarazo o en trabajo de parto sin serología previa, pone en evidencia dificultades en la captación precoz de las mujeres embarazadas para los controles prenatales.

Ante la necesidad de realizar un test rápido para VIH en el momento del parto, se deberá considerar que todo resultado (positivo o negativo) deberá ser estudiado nuevamente de acuerdo al algoritmo convencional de diagnóstico.

Por lo antedicho, a todas las embarazadas que concurren en trabajo de parto sin serología para VIH se les ofrecerá por guardia el test rápido, con el consentimiento verbal de la paciente, que se hará por escrito lo antes posible.

Luego del parto, se deberá realizar la consejería de acuerdo a las recomendaciones del capítulo anterior.

Dentro de los 15 a 30 minutos de la toma de la muestra de sangre, se obtendrá un resultado y se procederá en consecuencia:

Test No Reactivo: no tomar ninguna conducta en particular. Se considera a la mujer como VIH negativa, pero deberá repetirse el estudio según el algoritmo convencional.

Test Reactivo: deberá iniciarse inmediatamente el tratamiento conforme al esquema para reducción de la transmisión vertical en la madre y en el recién nacido (RN), recomendar suspender el amamantamiento y orientar a la paciente para realizar las acciones correspondientes para confirmar el diagnóstico.

A todo recién nacido de una mujer que fue diagnosticada como VIH positiva durante este estudio se le realizarán los procedimientos diagnósticos de biología molecular de acuerdo a las normas. (Ver "Algoritmo diagnóstico de la infección por VIH en la población pediátrica", en página 49)

IV Transmisión Vertical: cuándo ocurre y qué factores influyen en ella

El VIH puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo (transmisión prenatal), en el momento del parto (transmisión intra parto) o posteriormente a través de la lactancia materna (transmisión postnatal).

Diversos estudios demostraron que es en el momento del parto donde el riesgo de transmisión es mayor, ya que el VIH presente en las secreciones vaginales o en la sangre puede ingresar a través de la conjuntiva fetal, del tracto gastrointestinal o de una solución de continuidad en la piel fetal. Se considera que, en las poblaciones sin lactancia materna, el 65% de las transmisiones se producen en este momento y el 35% restante, en la etapa prenatal.

- Factores implicados en la Transmisión Vertical

Factores maternos

Estado clínico e inmunológico de la madre. Las gestantes en fases avanzadas de enfermedad y aquellas con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 500 cel/ml tienen un mayor riesgo de infectar a su descendencia. También la presencia de ETS u otras coinfecciones, así como el estado nutricional de la gestante, las prácticas sexuales sin protección con la consiguiente probabilidad de reinfección y el hábito de fumar implican riesgos adicionales.

Con respecto a la lactancia materna, el riesgo aumenta en relación directa con la carga viral de la madre y el tiempo de amamanta-

miento. La prolongación de la lactancia más allá de los tres meses y, en especial, durante más de seis meses supone un riesgo elevado de infección postnatal. Ese riesgo también se incrementa en presencia de mastitis o abscesos mamarios (Ver página 49).

Carga viral materna. Diversos estudios han demostrado una relación directa entre el nivel de la carga viral plasmática materna y el riesgo de transmisión. De hecho, el único factor de riesgo independiente asociado a la transmisión fue la carga viral plasmática materna basal y en el momento del parto.

En las mujeres que realizaron profilaxis con AZT o tratamiento anti-retroviral (ARV), la carga viral basal y en el final del embarazo ha demostrado ser el mejor marcador predictivo del riesgo de transmisión.

No obstante, la transmisión vertical es posible aun con carga viral indetectable, lo que demuestra que existen otros factores implicados.

Factores obstétricos

Existe un riesgo aumentado de infección en situaciones en que se produce una alteración de la integridad de las membranas ovulares. Los procedimientos invasivos durante el embarazo (funiculocentesis, amniocentesis, punción de vellosidades coriónicas, entre otros) representan un mayor riesgo de infección para el feto, por lo que están contraindicados.

Asimismo, se recomienda evitar, cuando sea posible, la realización de tactos vaginales repetidos, el uso de fórceps, vacuum, tocografía interna, episiotomía y ampliación de partes blandas.

La ruptura prematura de membranas ovulares, al facilitar el contacto del feto con la sangre y las secreciones cervico-vaginales, está asociada a un mayor riesgo de infección.

Existen trabajos que demuestran un aumento en la transmisión ante situaciones que conllevan una inflamación placentaria, tales como la corioamnionitis.

Diferentes estudios demostraron que la cesárea programada se ha asociado a un efecto protector frente a la transmisión vertical, en particular en aquellas mujeres que no estaban recibiendo terapia antirretroviral, y/o en aquellas con carga viral mayor a 1.000 copias al final del embarazo.

Factores fetales

La edad gestacional al momento de la exposición es un factor íntimamente relacionado con la transmisión. Aunque en un principio se consideró que los niños infectados intra útero eran prematuros con más frecuencia como consecuencia de la infección por el VIH, posteriormente se ha demostrado que es la prematuridad lo que determina un mayor riesgo de transmisión y no viceversa.

A su vez, los RN con bajo peso para la edad gestacional tienen un mayor riesgo de infección por el VIH.

Factores virales

Se encuentra en investigación si ciertas características del fenotipo y genotipo viral, tales como las deleciones en el gen que codifica el co-receptor de quimocinas CCR-5, determinados HLA o la discordancia HLA entre la madre y el niño, guardan relación con la transmisión vertical del VIH.

V Medicación antirretroviral

- Generalidades

Antes de iniciar la toma de medicación se debe informar a la paciente, en forma clara y sencilla, sobre:

- la probabilidad de transmisión del VIH a la descendencia,
- la necesidad de sostener medidas de prevención para evitar infecciones y/o reinfecciones,
- la eficacia obtenida a partir de la administración de antirretrovirales, y
- los efectos adversos, algunos aún en estudio, del tratamiento.

Es importante, al finalizar la entrevista, consignar en la historia clínica tanto la aceptación como la negativa a recibir medicación antirretroviral. Podrá utilizarse un formulario preimpreso que deberá firmar la paciente.

Las recomendaciones de tratamiento antirretroviral para las mujeres embarazadas con infección por VIH son las mismas que aquellas propuestas para mujeres no embarazadas, salvo en lo que se refiere a la contraindicación de algunas drogas. El conocimiento del estado clínico, inmunológico y virológico es muy importante para tomar decisiones en cuanto al esquema terapéutico, que tiene básicamente dos objetivos:

- Tratar a la mujer, independientemente del estado de gravedad.
- Prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo.

Algunas de las recomendaciones generales presentadas a continuación están avaladas por estudios controlados, otras se basan en estudios de seguimiento a mediano plazo.

El esquema a instituir, en aquellas mujeres sin tratamiento previo, podrá comenzar en cualquier momento del embarazo posterior a las 14 semanas, incluso en el trabajo de parto.

El esquema más ampliamente difundido es el surgido del protocolo ACTG 076 (ver cuadro 1), aunque la tendencia a nivel mundial —que ya se verifica en varios efectores de la Ciudad— es a utilizar esquemas combinados.

CUADRO 1

Profilaxis de la transmisión perinatal del VIH con zidovudina (Protocolo ACTG 076)

Administración durante el embarazo (Primer componente): Iniciar AZT no antes de la semana 14 de gestación y continuar hasta iniciado el trabajo de parto.

Cápsulas de 100 mg.: 300 mg. c/12 horas

Administración durante el trabajo de parto o cesárea (Segundo componente): Iniciar AZT endovenoso con el trabajo de parto o 2 horas antes de la cesárea programada.

Dosis de carga de 2 mg./kg., diluida en dextrosa 5%. Infundir en una hora.

Dosis de mantenimiento: 1 mg./kg./hora hasta el parto o cesárea.

Las ampollas son de 200 mg., por lo que pueden requerirse 3 ó 4 ampollas.

Alternativa: Vía oral: 600 mg. al comienzo del trabajo de parto, seguido de 300 mg. oral cada 3 horas antes del parto y luego suspender.

Administración al neonato (Tercer componente): Iniciar, preferentemente, entre las 8 y 12 horas posparto, o antes de las 48 horas.

AZT oral en jarabe, 2 mg./kg. cada 6 horas durante 6 semanas, o sea, 8 mg./kg./día.

Para aquellos que no toleran la vía oral, debe administrarse 1,5 mg./kg., vía intravenosa, cada 6 horas vía intravenosa, o por vía oral a razón de 2 mg./kg./dosis. La dosis de AZT para los menores de 35 semanas de gestación son de 1,5mg./kg./dosis cada 12 horas al inicio y luego continuar cada 12 horas a partir de las 2 semanas de vida, o a 4 semanas de vida si la edad gestacional fuera menor de 30 semanas

Todas las mujeres que reciban AZT requieren un control hematológico mensual, pues en caso de descenso de hemoglobina por debajo de $50.000/\text{mm}^3$, el tratamiento deberá reevaluarse.

Las mujeres que reciben sólo AZT para la prevención de la transmisión vertical no deben continuar con esta medicación en el posparto y deben ser derivadas a un centro de referencia de atención del VIH-sida para su evaluación y seguimiento.

Se plantearán los escenarios posibles de acuerdo a las situaciones más frecuentes que se presentan en el trabajo cotidiano.

Escenario 1

Mujer VIH+ embarazada sin tratamiento antirretroviral previo

- Las mujeres embarazadas con infección por VIH deben ser evaluadas desde el punto de vista clínico, inmunológico y virológico. Las recomendaciones para la iniciación del tratamiento antirretroviral debe basarse en los mismos parámetros utilizados para personas que no están embarazadas, aunque deben considerarse los riesgos y beneficios de algunas drogas en particular durante el embarazo.

- Debe recomendarse el protocolo completo con AZT luego del primer trimestre a todas las mujeres embarazadas con infección por VIH, con carga viral menor a 1.000 copias/ml., para reducir el riesgo de transmisión perinatal. Algunos estudios plantean que se obtienen resultados similares iniciando el esquema en la semana 28 de la gestación

- Se recomienda la combinación de la profilaxis de AZT con otras drogas antirretrovirales para aquellas mujeres que lo requieran por su estado clínico, inmunológico o virológico, o presenten carga viral mayor a 1.000 copias/ml., independientemente del estado clínico o inmunológico.

- Las mujeres que están en el primer trimestre del embarazo deben considerar postergar la profilaxis hasta encontrarse, por lo menos, en la semana 14 de gestación, si su estado inmunológico y/o virológico lo permite.

- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia.

Si no fue posible realizar el protocolo completo con AZT, el tratamiento debe administrarse durante el parto o, luego del mismo, al recién nacido.

No deben usarse efavirenz, ddc (zalcitavine) ni hidroxiurea en el tratamiento de la mujer embarazada

A pesar del uso difundido de muchos ARV, no existe hasta el momento evidencia acerca de la seguridad del uso en mujeres embarazadas de drogas tales como: d4T, saquinavir, indinavir, ritonavir, nelfinavir, didanosina, abacavir, lopinavir/ritonavir, tenofovir, atazanavir, tipranavir, amprenavir. El nelfinavir se ha utilizado en varios protocolos de investigación. Es el inhibidor de proteasa (IP) que se emplea con mayor frecuencia en los esquemas combinados para la profilaxis perinatal.

Escenario 2

Mujer VIH+ en tratamiento antirretroviral en el momento del diagnóstico de embarazo

- Si el embarazo es reconocido durante el primer trimestre, evaluar con la paciente potenciales riesgos y beneficios de continuar la terapéutica. Si se decide suspender, debe hacerse con todas las drogas en forma simultánea y completa. Lo mismo si se decide reintroducirla.
- En el embarazo reconocido después del primer trimestre, continuar con el tratamiento antirretroviral, informando sobre riesgos y beneficios.
- Tratar de que el AZT forme parte del esquema utilizado.
- Independientemente del esquema ARV utilizado durante el embarazo, se recomienda la administración de AZT durante el parto y al recién nacido.
- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia.

No deben usarse efavirenz, ddc (zalcitavine) ni hidroxiurea en el tratamiento de la mujer embarazada

A pesar del uso difundido de muchos ARV, no existe hasta el momento evidencia acerca de la seguridad en el uso en mujeres embarazadas de drogas tales como: d4T, saquinavir, indinavir, ritonavir, nelfinavir, didanosina, abacavir, lopinavir/ritonavir, tenofovir, atazanavir, tipranavir, amprenavir. El nelfinavir se ha utilizado en varios protocolos de investigación. Es el inhibidor de proteasa (IP) que se emplea con mayor frecuencia en los esquemas combinados para la profilaxis perinatal.

Escenario 3

Mujer VIH+ en trabajo de parto sin tratamiento antirretroviral previo

Las siguientes opciones están validadas por ensayos clínicos aleatorizados.

- **Opción 1:** Ofrecer segundo y tercer componente del protocolo ACTG 076.
- **Opción 2:** Ídem opción 1 + dosis única de Nevirapina en el comienzo del trabajo de parto: 200 mg. (1 comprimido) y dosis única de Nevirapina: 2 mg./kg. entre las 48 y 72 horas al recién nacido con el tercer componente del Protocolo ACTG 076. Este parecería ser el esquema más universalmente recomendado, a la luz de los nuevos trabajos publicados.

Si el parto tuvo una duración mayor de 1 hora, administrar Nevirapina a razón de 2 mg./kg. al recién nacido tan pronto como sea posible y otra dosis entre las 48-72 horas + tercer componente del protocolo ACTG 076.

- **Opción 3:** AZT 600 mg. oral al comienzo del trabajo de parto (hasta que finalice el parto), seguido de 300 mg. cada 3 horas antes del parto + 3TC 150 mg. oral al comienzo del trabajo de parto, seguido de 150 mg. oral cada 12 horas antes del parto (hasta que finalice el parto).

En el recién nacido: AZT 4 mg./kg. oral cada 12 horas (8 mg./kg./día) y 3TC 2 mg/kg. cada 12 horas durante 7 días.

- **Opción 4:** Dos dosis de NVP combinada con AZT intravenoso durante el parto y 6 semanas de AZT al recién nacido.
- Toda la medicación debe suspenderse, en la mujer, después del parto y reevaluar a la paciente para el futuro seguimiento.
- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia.

Escenario 4

Recién Nacido de mujer VIH+ que no recibió tratamiento antirretroviral previo

- Ofrecer tercer componente del protocolo ACTG 076.
- Estudio precoz del recién nacido para el diagnóstico de infección (ver algoritmo en pág. 47)
- Derivación de la madre al especialista para su evaluación, seguimiento y eventual tratamiento.
- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia a la madre.
- **Vía de parto**

Un tratamiento óptimo de las mujeres embarazadas con infección por VIH debe buscar la máxima supresión posible de la carga viral materna a través del uso de medicación antirretroviral.

La conducción del trabajo y la vía del parto está orientada a minimizar los riesgos de transmisión vertical y las potenciales complicaciones maternas o neonatales.

En consonancia, la vía del parto debe ser decidida teniendo en cuenta las condiciones obstétricas de la paciente, el uso de terapia antirretroviral, la carga viral próxima al parto y, obviamente, las

preferencias de la paciente. Es importante, por lo tanto, darle toda la información referente a los riesgos y beneficios, para ella y su hijo, del uso de tratamiento ARV y de las diferentes alternativas de vías de parto y respetar su decisión al respecto.

A su vez, es importante la solicitud de la carga viral a las mujeres embarazadas infectadas por VIH en las semanas previas al parto, de preferencia en la semana 32, dado que en estos casos se deben tomar decisiones que implican diferentes alternativas terapéuticas.

Debe considerarse que:

- La cesárea electiva es aquella que se realiza sin trabajo de parto y con bolsa íntegra.
- La cesárea de emergencia es aquella que se realiza por una indicación obstétrica. No tiene efecto protector, por el contrario incrementa la transmisión vertical del VIH.

Es importante tener en cuenta que:

- 1) Cuando la carga viral de la paciente es inferior a las 1.000 copias/ml., la cesárea electiva no aporta ningún beneficio en lo que a la transmisión del VIH se refiere, por lo que no está recomendada.
- 2) A su vez, cuando la carga viral es superior a 1.000 copias/ml. o la misma no ha sido realizada, es de elección programar la cesárea para la semana 38.

La cesárea electiva, en mujeres embarazadas no infectadas por el VIH, tiene más complicaciones que el parto normal.

VI Transmisión vertical y modo de parto

Las siguientes recomendaciones se basan en diferentes escenarios surgidos de la práctica clínica. Estos escenarios no son exhaustivos ni pueden aplicarse de manera rígida, es necesario flexibilizarlos en función de las circunstancias particulares de cada una de las pacientes.

Escenario 1

Mujer VIH+ que llega después de la semana 36, sin tratamiento antirretroviral ni datos de laboratorio disponibles

- Recomendar profilaxis antirretroviral de acuerdo al protocolo ACTG 076 o combinado (ver Escenario 3).
- Ofrecer cesárea electiva a las 38 semanas.
- Explicar riesgos y beneficios.
- Al iniciarse el trabajo de parto, ofrecer segundo componente del protocolo ACTG 076. Continuar luego con el tercer componente.
- Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas (leche de inicio).
- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia.
- Suspender medicación antirretroviral a la madre en el posparto y reevaluar con el equipo especializado en VIH conductas futuras.

Escenario 2

Mujer VIH+ que realiza tratamiento antirretroviral de alta eficacia, pero con carga viral > 1.000 copias/ml. en semana 36

- Continuar con el tratamiento antirretroviral.
- Explicar riesgos de transmisión al hijo, a pesar del tratamiento ARV que recibe y el beneficio adicional de programar la cesárea, informando también acerca de riesgos eventuales.
- Proponer cesárea electiva para reducir riesgos. Si acepta, programarla para la semana 38.
- Proponer AZT al iniciarse el trabajo de parto o en la inducción de la anestesia. Continuar luego con el tercer componente del protocolo ACTG 076.
- Continuar con toda la medicación ARV que recibe antes y después del parto. Reevaluar posteriormente el tratamiento antirretroviral de la madre y decidir con el equipo especializado en VIH la conducta a seguir en el futuro.
- Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas (leche de inicio).
- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia.

Escenario 3

Mujer con tratamiento antirretroviral de alta eficacia con carga viral < 1.000 copias/ml. o no detectable en semana 36

- Proponer parto vaginal si las condiciones obstétricas lo permiten.

Se recomienda evitar en este caso, cuando sea posible, la realización de tactos vaginales repetidos, el uso de fórceps, vacuum, tocografía interna, episiotomía y ampliación de partes blandas.

La ruptura prematura de membranas, al facilitar el contacto del feto con

la sangre y las secreciones cervico-vaginales, está asociada a un mayor riesgo de infección.

- Dar explicaciones sobre el riesgo de transmisión a pesar de la carga viral baja.
- Informar también sobre riesgos comunes de la cesárea.
- Continuar con el mismo esquema antirretroviral y proponer segundo y tercer componente del protocolo ACTG 076
- Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas (leche de inicio).
- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia.
- Aconsejar la continuación del tratamiento antirretroviral a la madre en el posparto y nueva consulta con su equipo tratante.

Escenario 4

Mujer VIH+ que eligió cesárea pero llega con trabajo de parto temprano o poco tiempo después de la ruptura de membranas

- Proponer segundo componente del protocolo ACTG 076.
- Trabajo de parto en rápido progreso con ruptura prematura de membranas: conducir para parto vaginal tratando de que no pasen más de 4 horas de bolsa rota.
- Trabajo de parto en lento progreso: realizar cesárea en el caso de mínima dilatación (no acorde al tiempo del trabajo de parto) o dilatación estacionaria.
- Ofrecer tercer componente del protocolo ACTG 076 para el recién nacido.
- Recomendar evitar la lactancia materna y asegurar al recién nacido alternativas alimentarias adecuadas (leche de inicio).
- Recomendar la administración de inhibidores de la lactancia.

VII Resistencia a los antirretrovirales

El desarrollo de resistencia a los ARV es una de las causas de fracaso terapéutico en personas que viven con VIH. Sin embargo, la detección de cepas resistentes al AZT u otras drogas no está asociada a un aumento del riesgo de la transmisión perinatal.

La administración de terapia combinada con máxima supresión de la replicación viral a niveles indetectables limita el desarrollo de resistencia.

Existe el concepto de que, al no utilizar terapia de alta eficacia en la profilaxis para la transmisión perinatal, como es el caso del AZT en forma de monoterapia, se puede favorecer el desarrollo de resistencia y potenciales limitaciones de las futuras opciones terapéuticas en la madre. Por otro lado, se ha reportado un rápido desarrollo de resistencia al 3TC (lamivudina) en personas que recibían AZT+ 3TC sin otras drogas (biterapia), por lo que está en discusión el uso de esta combinación para la profilaxis de la transmisión perinatal. También, se ha demostrado resistencia a la NVP a las seis semanas posparto en mujeres embarazadas que recibieron una dosis única durante el parto, aunque estudios posteriores han demostrado que dicha resistencia es reversible. Aún no quedan claras las implicancias de esta circunstancia para futuras opciones terapéuticas en la madre y en su hijo, si se infectó.

Aun con las controversias planteadas en diferentes estudios, el tema presenta en la actualidad mayor interés, dado que cada vez

son más las mujeres infectadas por el VIH que comienzan un embarazo con exposición previa a fármacos ARV.

- Recomendaciones relacionadas con la resistencia a los ARV

- Debe ofrecerse terapia ARV de alta eficacia a todas las mujeres embarazadas con el objetivo de obtener la máxima supresión de la replicación viral, para cuidar la salud de la mujer, reducir el riesgo de transmisión perinatal y minimizar el riesgo de desarrollo de virus resistentes.

- En mujeres con carga viral menor a 1.000 copias/ml., puede considerarse opcional la terapia combinada, y ofrecer el protocolo ACTG 076 informando riesgos y beneficios.

- A las mujeres que tienen sospecha o documentación de estar infectadas con virus resistentes al AZT y no tienen incluida esta droga en su tratamiento, se les debe ofrecer AZT intra parto y al RN, ya que el mecanismo de acción del AZT en la prevención de la transmisión perinatal del VIH es independiente de la reducción de la replicación viral.

- La profilaxis óptima para el RN de una mujer infectada por el VIH con resistencia conocida al AZT u otras drogas debe determinarse con el especialista en infectología pediátrica.

- Si una mujer que recibe terapia combinada tiene que suspenderla transitoriamente, deben suspenderse y reintroducirse simultáneamente todas las drogas para reducir el desarrollo de resistencias.

VIII Recomendaciones para el seguimiento clínico de las mujeres embarazadas VIH reactivas

El seguimiento clínico de la infección por VIH en el marco del embarazo es cualitativamente idéntico a los realizados a los adultos fuera del embarazo, aunque más frecuente.

Este monitoreo clínico deberá incluir el recuento de CD4 y los niveles de Carga Viral para determinar:

- La necesidad de terapia antirretroviral para la infección por VIH de la madre independientemente de su embarazo.
- El momento en que esa terapia debe ser modificada.
- La elección de la vía del parto.

Por otra parte, se debe evaluar la tolerancia clínica al tratamiento ARV y también mediante pruebas de laboratorio tales como: transaminasas y amilasa mensualmente, glucemia en ayunas y postprandial en el tercer trimestre, en particular en caso de esquemas que incluyan Inhibidores de Proteasa.

Los resultados de los dosajes de triglicéridos y colesterol, que aumentan habitualmente en el curso del embarazo, son de difícil interpretación, pero es conocido que valores muy elevados se asocian a mayor riesgo de pancreatitis.

A su vez, la rutina hematológica y el monitoreo de las enzimas hepáticas están recomendados particularmente para las mujeres que reciben AZT.

Las mujeres con recuento de CD4 superior a 250 cel/mm³, tienen un riesgo incrementado de desarrollar un rash o exantema y/o hepatotoxicidad asociada a la nevirapina. Por lo tanto, las mujeres embarazadas que reciben esta droga deben tener controles más frecuentes y cuidadosos, tanto clínicos como de los niveles de transaminasas, en especial durante las primeras semanas de tratamiento.

A su vez, desde el punto de vista obstétrico, deberán realizarse los mismos controles que una mujer embarazada no infectada, aunque vale la pena señalar:

- La detección y tratamiento de ETS contribuyen a la prevención del parto prematuro y a la disminución de la transmisión vertical.
- La ecografía fetal debe ser realizada trimestralmente de acuerdo a los estándares habituales. Es particularmente importante en el tercer trimestre para evaluar el crecimiento del feto.
- Al momento del parto, las maniobras de versión externa y la amnioscopia están contraindicadas.
- En caso de ruptura prematura de membranas, la decisión de extracción o conducta expectante debe tener en cuenta la edad gestacional. Luego de la semana 34 de amenorrea se debe proceder al parto o cesárea, de acuerdo a la carga viral y las condiciones obstétricas. Antes de las 34 semanas, se debe realizar corticoterapia de maduración y antibioticoterapia, y la extracción se impone ante el menor signo de corioamnionitis.

El monitoreo fetal ante partum en aquellas mujeres que sólo reciben quimioprofilaxis con AZT debe ser realizado de acuerdo a las indicaciones clínicas, pues los datos disponibles indican que el AZT usado en el embarazo no está asociado con riesgo incrementado de complicaciones fetales.

Seguimiento clínico de las mujeres en el posparto

Los servicios médicos maternos posparto deben ser coordinados entre los cuidados obstétricos y los de especialistas en VIH.

Son conocidas las recomendaciones de evitar el amamantamiento de los RN de mujeres que viven con VIH, razón por la cual se deben suministrar los inhibidores de la lactancia para ellas y sustitutos de la leche materna para sus hijos.

A su vez, todas estas mujeres deben recibir, en este período, asesoramiento en anticoncepción y reproducción.

La continuidad del tratamiento antirretroviral, cuando tal tratamiento está indicado, es especialmente crítico y debe ser asegurado.

Las mujeres deben ser aconsejadas acerca de los cambios que ocurren durante el posparto y las demandas de cuidados que representan los RN. Todo esto puede dificultar la adherencia a los tratamientos y puede ser necesario un soporte adicional para mantenerlo durante este período.

También es un buen momento para ver el estado de sus inmunizaciones, la necesidad de profilaxis para infecciones oportunistas y enfatizar sobre las prácticas sexuales seguras.

Inhibidores de la lactancia

La Coordinación Sida de la Secretaría de Salud (GCBA) distribuye en forma gratuita cabergolina como inhibidor de la lactancia. La entrega se efectúa a través de las farmacias de los hospitales donde se tratan las mujeres y/o sus hijos.

IX Recomendaciones para la atención del RN de madre con infección por VIH

La atención del parto y la recepción del RN deben efectuarse con las medidas de bioseguridad habituales (técnicas de barrera).

- Es importante bañar meticulosamente al bebé para quitarle todos los restos de sangre y secreciones maternas.
- De ser necesarias maniobras de aspiración y resucitación, no deben ser intempestivas para evitar laceraciones que puedan ser puertas de entrada del virus.
- Aplicar la vacuna de hepatitis B y Vitamina K según norma, luego del baño del recién nacido.
- Si el niño tiene peso adecuado al nacer y es asintomático, y si el acceso al diagnóstico virológico del RN es rápido podrá considerarse posponer la aplicación de la BCG hasta obtener el resultado. El riesgo de presentar complicación local o sistémica se relaciona con el inmunocompromiso moderado o severo o con la presencia de síntomas. Se debe tener en cuenta el riesgo/beneficio en relación con los antecedentes de tuberculosis en los convivientes.
- Los hijos de madres VIH+ deberán recibir la vacuna antipoliomielítica a virus inactivados (Salk) en lugar de la vacuna oral (Sabin).
- La profilaxis antirretroviral se inicia entre las 8 y las 12 horas de vida con AZT jarabe, con una dosis de 2 mg./kg./dosis cada 6

horas en RN de término o 1,5 mg./kg./dosis en prematuros.

En aquellos que no pueda indicarse por vía oral, debe medicarse con 1,5 mg./kg./dosis cada 6 horas por vía endovenosa hasta que pueda utilizarse la vía oral.

Monitoreo de los efectos adversos

- Se solicitará un hemograma y un hepatograma al nacer y cada 2 semanas mientras dure el tratamiento con AZT. Este se suspenderá con hemoglobina menor a 8 mg./dl., neutrófilos totales menores a 750/ml. o plaquetas menores a 50.000/ml.

La anemia es la principal complicación del tratamiento de 6 semanas con AZT en el neonato; por lo cual es necesario repetir la medición de hemoglobina después de haber completado el tratamiento.

Si es anormal, se deben realizar nuevas mediciones hasta las 12 semanas de vida, período de tiempo en el que la toxicidad hematológica relacionada con el AZT debe resolverse.

Los datos disponibles acerca de la potencial toxicidad en los niños cuyas madres han recibido terapia antirretroviral combinada son limitados, por lo tanto se recomienda un control más estricto por lo menos durante por lo menos el primer año de vida.

Por otro lado, es necesario resaltar que la relevancia clínica de los niveles de lactato en el período neonatal para producir toxicidad mitocondrial no ha sido adecuadamente evaluado. Los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR) son los que elevan el lactato y puede haber manifestaciones de toxicidad mitocondrial sin lactacidemia.

Para prevenir la Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, todos los RN de madres infectadas con el VIH deben recibir profilaxis, a partir de la 6ª semana de vida con Trimetoprima-Sulfametoxazol a razón de 5mg/kg/día, 3 veces por semana, hasta completar el protocolo de diagnóstico. Una vez definido el diagnóstico, se resolverá la continuidad o no de la profilaxis.

El monitoreo y la evaluación clínica de los niños expuestos al VIH deben seguir los estándares de cuidado habituales.

No hay datos que indiquen alguna demora en el diagnóstico del VIH en los niños que han recibido AZT.

Seguimiento a largo plazo

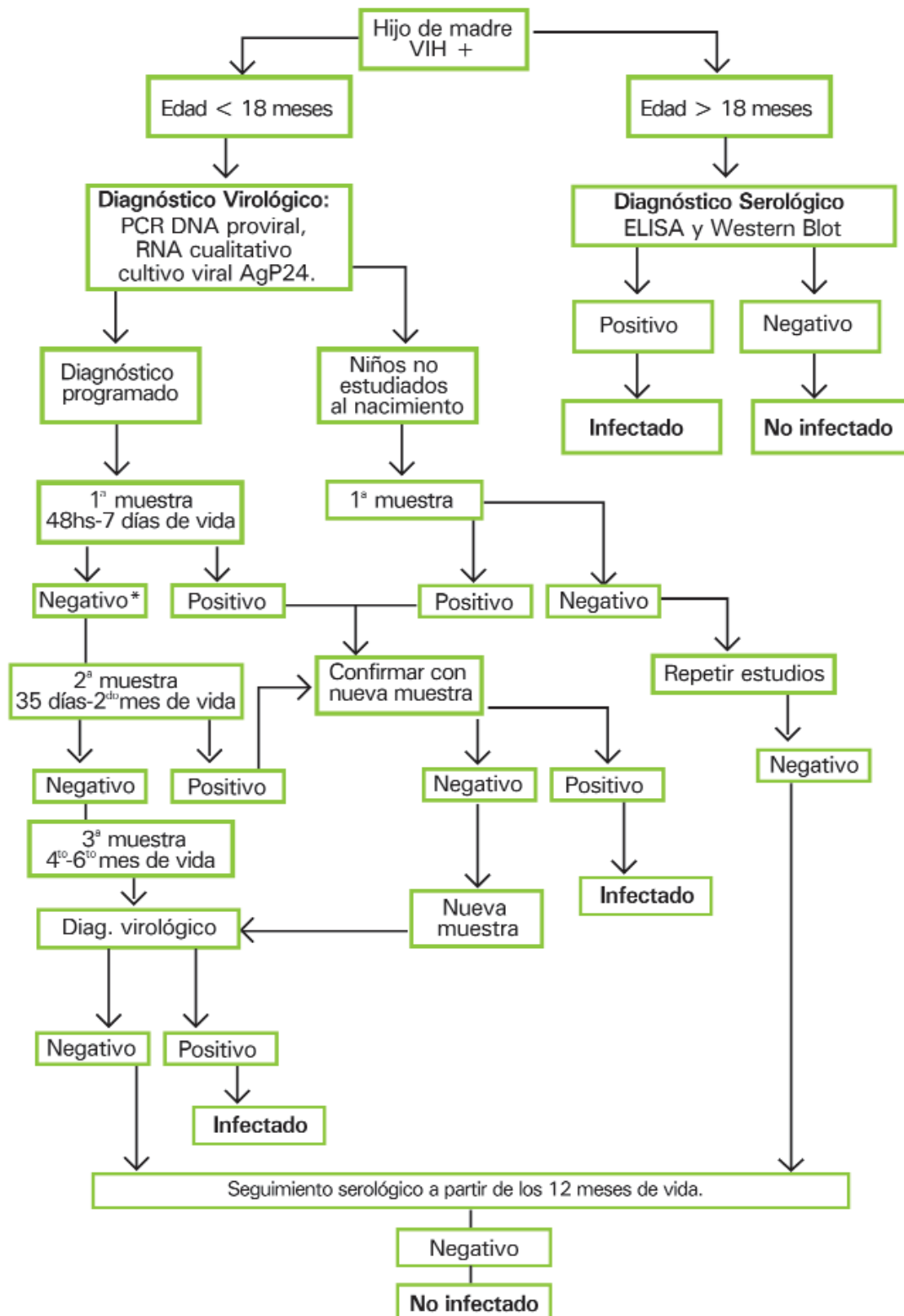
Los datos disponibles son aún insuficientes para determinar los efectos a largo plazo que la exposición al AZT u otros antirretrovirales producen en los niños expuestos in útero y posparto.

Los datos de seguimiento a largo plazo del protocolo ACTG 076 en niños, hasta la edad de 6 años, indican que no hay ninguna diferencia en los parámetros inmunológicos, neurológicos y de crecimiento entre los expuestos y los no expuestos al AZT; además no se han visto enfermedades malignas.

Se están llevando a cabo estudios sobre los efectos a corto y largo plazo en los niños expuestos a la terapéutica antirretroviral in útero.

Antes de comenzar los estudios de CD4 y/o carga viral, certificar el diagnóstico de infección en el niño siguiendo el algoritmo de la página siguiente.

Algoritmo diagnóstico de la infección por VIH en la población pediátrica



*Si la primera muestra fue obtenida dentro de las 48 hs es conveniente obtener la 2 al primer mes de vida

Información complementaria sobre el diagnóstico de la población pediátrica

- El tipo de muestra requerida es sangre entera colectada en tubo con EDTA como anticoagulante.
- Se recomienda la disociación de inmunocomplejos previa a la determinación de Ag p24 y la posterior confirmación de las muestras positivas mediante ensayo de neutralización correspondiente.
- Resultados negativos para la determinación de Ag p24 no excluyen infección por VIH, si este fuera el único ensayo como test virológico.
- La infección por VIH es confirmada por dos test virológicos positivos obtenidos en dos muestras de sangre distintas y consecutivas.
- Se recomienda que el primer estudio sea realizado entre las 48 horas y los 30 días de vida. Esto es de suma importancia si la madre tiene alta carga viral al momento del parto o no ha recibido profilaxis durante el embarazo. La sensibilidad del test virológico supera el 90% luego de los 15 días de vida.
- Para descartar la infección por VIH son necesarios tres resultados por DNA PCR, dos de los cuales deben ser efectuados después del primer mes de vida, y el tercero después del cuarto mes.
- Si el niño ha sido amamantado, el algoritmo deberá ser reevaluado, comenzando un mes después de suspendida la lactancia y hasta los seis meses de vida.
- Niños menores de 18 meses sin estudios virológicos previos deberán ser evaluados mediante estudios virológicos y serológicos.
- La infección por VIH puede ser descartada cuando hubiera dos o más estudios que arrojen resultados negativos con técnicas virológicas (PCR DNA proviral, Ag p24, RNA cualitativo) negativas después de los seis meses de vida, con un intervalo de por lo menos 1 mes entre ambas y en ausencia de síntomas clínicos de infección por VIH.

- La infección por VIH puede ser excluida definitivamente en niños a partir de los 18 meses de vida ante:
 - Serología negativa para VIH (ELISA)
 - Ausencia de síntomas clínicos de VIH
 - Ausencia de Hipogammaglobulinemia
 - Ensayos virológicos negativos

Lactancia materna

La lactancia materna determina un riesgo adicional de infección para el neonato. Éste se estima, según algunos estudios, en un incremento del riesgo del orden del 15% en aquellas madres con infección por VIH crónica y de hasta el 30% cuando la infección de la madre ocurre cerca del parto.

El riesgo de infección por esta vía se incrementa con el tiempo de duración del amamantamiento y la alternativa de la alimentación mixta no reduce el riesgo. Garantizar la entrega de sucedáneos de leche de materna para hijos de madres con infección por VIH e inhibidores de la prolactina, contribuirá a disminuir la transmisión vertical a su mínima expresión.

Sustituto de leche materna

La Coordinación Sida de la Secretaría de Salud (GCBA) distribuye en forma gratuita sustituto de leche materna para los primeros seis meses de vida de los hijos/as de mujeres infectadas por el VIH, con el objetivo de garantizar su alimentación ante la recomendación de no amamantar. La entrega de este sustituto se efectúa a través de las farmacias de los hospitales donde se tratan las mujeres y/o sus hijos.

Leche en polvo

La Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud (GCBA), a través del Programa Materno Infantil, distribuye gratuitamente leche en polvo a las mujeres embarazadas (independientemente de su condición serológica) y a sus hijos/as entre los tres meses y los seis años. De este modo, superados los primeros seis meses de vida, los/as hijos/as de mujeres con infección por VIH pueden acceder a este recurso.

X Reproducción y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes

En los últimos años hemos asistido a cambios importantes en la evolución de la epidemia de VIH-sida, en particular en lo referente al pronóstico de la infección por VIH.

La difusión del testeo y las acciones que facilitan la accesibilidad al mismo para las mujeres embarazadas y sus parejas, el desarrollo de esquemas terapéuticos altamente eficaces, la provisión de sucedáneos de la leche materna para hijos de madres con infección por VIH, son ejemplos de acciones que han posibilitado, en muchos lugares, reducir drásticamente las cifras de transmisión perinatal del VIH.

Todo esto ha permitido que algunos temas, tales como la reproducción y la anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes, adquieran nuevos significados y dimensiones.

- Reproducción y VIH

El mejoramiento en la evolución y pronóstico de la infección por VIH logrado a partir del uso de la terapia antirretroviral de alta eficacia y el reconocimiento de los derechos de las personas, plantean nuevos dilemas en el tema de la reproducción en parejas seropositivas o serodiscordantes.

Aun sabiendo que las consultas pre-concepcionales son infrecuentes, resulta importante plantear las diferentes situaciones posibles en la atención de estas parejas. Esto es clave, por un lado, para actualizar los conocimientos acumulados hasta la fecha y, por el otro, para incentivar que el tema de la reproducción esté presente en las consultas de aquellos efectores que trabajan con la personas que viven con VIH.

Vale la pena destacar que ante el deseo de embarazo en parejas seropositivas o serodiscordantes es preciso corroborar previamente la capacidad reproductiva (en caso de que no hayan tenido descendencia) de ambos miembros mediante los estudios convencionales (espermograma con cultivo en el varón, monitoreo ovulatorio e integridad anatómica en la mujer).

Escenario 1

Mujer VIH+ / Varón VIH-

Como se comentó anteriormente, la carga viral de la mujer embarazada es el mejor predictor de riesgo de transmisión vertical del VIH. Es por ese motivo que resulta clave recomendar la elección del momento de comenzar la "búsqueda del embarazo" orientándose, obviamente, a aquel de baja carga viral.

También deberá tenerse en cuenta el esquema terapéutico que esté utilizando la mujer, a sabiendas del potencial efecto teratogénico de algunas drogas, tales como efavirenz, hidroxiurea, etc.

Para estos casos de serodiscordancia, se recomiendan métodos de inseminación asistida.

Si luego de un año no se consigue el embarazo, el problema sería asimilable a un caso habitual de esterilidad y, por lo tanto, sería criterio de estudio y eventual tratamiento.

Escenario 2

Mujer VIH- / Varón VIH+

En 1992, se publicó un trabajo fundacional en este área, en el que se obtuvieron 17 gestaciones en parejas serodiscordantes (en las que el varón era VIH+) mediante inseminaciones artificiales tras la separación de los espermatozoides móviles del resto del eyaculado. Esta técnica se conoce como lavado seminal. En el mismo estudio se informó que no se produjo ningún caso de infección por VIH en la madre ni en los neonatos.

Desde entonces, la metodología del lavado seminal está siendo utilizada con éxito, tal como lo demuestran diferentes estudios.

A la hora de planificar la procreación en este tipo de parejas resulta imprescindible:

- informar sobre los resultados obtenidos con las técnicas a emplear y
- llevar a cabo estudios similares a los que se indican a parejas estériles, con el objetivo de descartar patologías asociadas que pudieran imposibilitar su aplicación.

Desde el punto de vista infectológico, el criterio más importante —al igual que en el caso anterior— es que la carga viral del varón seropositivo sea baja.

Además, con el fin de incrementar la tasa de embarazos y minimizar el número de inseminaciones, se aconseja estimular la ovulación utilizando para eso fármacos tales como las gonadotrofinas. Vale la pena aclarar a las parejas que la utilización de estas drogas entraña un mayor riesgo de gestaciones múltiples.

Como conclusión, se podría afirmar que los resultados obtenidos por diferentes equipos que han utilizado esta técnica sugieren que el lavado seminal y posterior inseminación en parejas serodiscordantes es una técnica segura y reproducible. Aunque no pueda descartarse completamente el riesgo de infección para la mujer tras la inseminación, el riesgo parece ser mínimo como lo demuestra la experiencia acumulada hasta la actualidad.

Escenario 3

Mujer VIH+ / Varón VIH+

En el caso de parejas seropositivas, las técnicas recomendadas surgen de combinar las descritas anteriormente para las parejas serodiscordantes.

A fin de minimizar los riesgos, es clave realizar los exámenes de carga viral a ambos miembros, para elegir el momento más apropiado. A su vez es importante evaluar la capacidad reproductiva: espermograma en el varón y estudio ginecológico en la mujer, sobre todo si no tiene gestaciones previas.

- Anticoncepción y VIH

El tema de la anticoncepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas tiene una importancia particular.

Es conocida la recomendación de aconsejar intervalos intergenésicos de por lo menos 2 años para la población general. En las mujeres VIH reactivas esto se vuelve prioritario, ya que a esta población frecuentemente se le indica la cesárea como vía de parto.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que muchas de estas mujeres pueden estar recibiendo tratamientos con drogas antirretrovirales con conocida embrio-toxicidad, tales como efavirenz o ddC.

Es de destacar que las mujeres que toman inhibidores de la lactancia recuperan la fertilidad luego del parto más rápidamente que aquellas que amamantan.

A pesar de eso, las opciones anticonceptivas rara vez aparecen en la consulta y, si se abordan, las alternativas que habitualmente se imparten desde los efectores de salud pueden resumirse en un término: preservativo.

Sin dudas, la primera recomendación para una persona que vive con VIH es la de utilizar el preservativo siempre en sus relaciones sexuales, tengan lugar con personas seropositivas o no.

El uso del preservativo, como ya se mencionó, no solo evita la transmisión del virus sino que previene a la persona seropositiva de posibles reinfecciones.

Pero sabemos que la realidad es mucho más compleja. En la práctica ocurre que hay personas que viven con VIH que no desean tener hijos, pero no pueden o no quieren usar el preservativo, o sus parejas no acuerdan con su uso.

El hecho que una persona viva con VIH no la vuelve usuaria espontánea del preservativo, en la medida en que comparte gran parte de las dificultades que tienen las personas no infectadas para utilizarlo.

A su vez, siendo el preservativo masculino el método de referencia para prevenir la transmisión sexual del VIH, su eficacia anticonceptiva es más baja que, por ejemplo, las píldoras combinadas.

En cuanto al preservativo femenino, que tiene la ventaja de darle a la mujer el control de su utilización, es menos eficaz como contraceptivo, difícil-

mente disponible y de un costo económico elevado.

Por todo esto, abordar el tema de la anticoncepción en las parejas serodiscordantes o seropositivas exige, de parte de los efectores de salud, flexibilidad respecto de la elección del método.

Es imposible imponer el uso del preservativo.

Una forma de dejar planteada en la consulta la necesidad de la "doble protección" (prevención de embarazos no deseados y prevención de ETS/sida) es entregar preservativos junto con el método elegido por la persona, así como material gráfico sobre prevención y uso correcto del preservativo.

Anticonceptivos orales (ACO) y VIH

Es indiscutible que los anticonceptivos orales combinados son altamente eficaces como método contraceptivo, con un índice de Pearl menor al 1%.

A pesar de que no tienen contraindicaciones particulares para ser usados por mujeres infectadas por el VIH sin tratamiento antirretroviral, sí tienen algunas consideraciones a tener en cuenta al ser utilizados por mujeres bajo tratamiento.

Por una parte, las frecuentes perturbaciones metabólicas que se presentan en las mujeres tratadas con inhibidores de proteasa (IP), tales como hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia, son algunas de las contraindicaciones clásicas para el uso de anticonceptivos orales.

Por otro lado, existen interacciones medicamentosas documentadas entre ciertos antirretrovirales y el componente estrogénico de las píldoras, habitualmente etinil-estradiol.

A pesar de no existir, hasta el momento, evaluaciones rigurosas de la eficacia anticonceptiva de las píldoras combinadas en el contexto de las interacciones enzimáticas, el estado actual de los conocimientos en el tema plantea tener en cuenta lo siguiente:

Inhibidores Nucleósidos	Efecto sobre etinil-estradiol	Adaptación posológica
AZT/ zidovudina	Ninguno	No es necesaria
ddl/ didanosina		
ddC/ zalcitabina		
3TC/ lamivudina		
d4T/ stavudina		
abacavir		

Inhibidores de Proteasa	Efecto sobre etinil-estradiol	Adaptación posológica
Ritonavir	Disminuye la tasa en 40%	Mayor/igual 30 ug de EE
Indinavir	Aumenta la tasa en 24%	15/20 ug de EE
Nelfinavir	Disminuye la tasa en 47%	Mayor/igual 30 ug EE
Lopinavir	Disminuye la tasa en 42%	Mayor/igual 30 ug EE

Inhibidores no nucleosídicos	Efecto sobre etinil-estradiol	Adaptación posológica
Nevirapina	Disminuye la tasa en 18%	Mayor/igual 30 ug de EE
Efavirenz	Aumenta la tasa en 37%	15/320 ug de EE

En relación con el uso de preparados que contienen sólo componente progestacional (orales, inyectables, anticoncepción de emergencia, implantes), los datos existentes los presentan como opciones aceptables para mujeres bajo tratamiento antirretroviral. En relación con la anticoncepción de emergencia (que puede ser empleada en caso de no uso de métodos anticonceptivos eficaces, rotura del preservativo, olvido de píldoras, etc.), debe ser empleada dentro de las 72 horas de la relación sexual no protegida. Es recomendable para este fin el empleo de píldoras con contenido progestacional solamente. También podría recomendarse la utilización de dispositivos intrauterinos liberadores de progesterona conjuntamente con los antirretrovirales.

Dispositivos Intrauterinos (DIU) y VIH

Diversos estudios reportan que no existe un incremento del riesgo de las complicaciones más frecuentes y temidas (expulsión, perforación uterina, infecciones, Enfermedad Pelviana Inflamatoria) en pacientes seropositivas que usan DIU y no están severamente inmunocomprometidas, en comparación con mujeres no infectadas que utilizan este método. Se entiende por "severamente inmunocomprometidas", a las personas con menos de 200 CD4/mm³. Los resultados sugieren que el DIU es un método anticoncep-

tivo apropiado para mujeres infectadas por el VIH con acceso a los servicios médicos para el seguimiento.

Por otro lado, como ya fue comentado, diversos estudios concluyen en que el DIU liberador de progesterona es un excelente método para ser usado por mujeres seropositivas.

Otros métodos anticonceptivos

Obviamente, no existen contraindicaciones especiales para el uso de otros métodos, tales como diafragmas, espermicidas, anticoncepción de emergencia, métodos de conocimiento de la fertilidad (calendario, secreciones cervicales, temperatura basal, etc.), solos o combinados.

Otras opciones, como la ligadura de trompas, aparecen como alternativas válidas en distritos como la ciudad de Buenos Aires, a partir de la resolución de la Secretaría de Salud N° 874/03 que establece: "La ligadura tubaria se realizará previo consentimiento informado de la mujer y no requiere autorización judicial, ya que es una decisión que se encuentra en el ámbito de la esfera personalísima de la mujer y en relación directa con el médico o equipo interdisciplinario de salud tratante. (...) Por lo tanto, la ligadura tubaria es considerada como una alternativa válida en los casos en que los otros métodos anticonceptivos no puedan ser utilizados debido a dificultades de orden físico-clínico y/o psicológico y/o social".

La información y los argumentos presentados en este capítulo buscan superar una visión inmediata en relación con los problemas de la reproducción y la anticoncepción de las personas que viven con VIH.

Como ya fue analizado por los organismos internacionales desde los comienzos de la epidemia, garantizar los derechos individuales de las personas (en este caso derecho a procrear en las mejores condiciones y a regular el número de hijos de las personas que viven con VIH) son prácticas que van en la misma dirección de detener la epidemia del VIH-sida. No hay contradicción entre el bienestar individual y el bienestar comunitario.

La Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud (GCBA), a través del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, distribuye gratuitamente métodos anticonceptivos en hospitales y centros de salud de la ciudad.

Referencias bibliográficas

I- Introducción

Coordinación Sida. Sec. de Salud (GCBA). Situación epidemiológica del VIH/sida en la Ciudad de Buenos Aires. INFOSIDA N° 2, agosto, 2002; Pág. 6. www.buenosaires.gov.ar (Salud)

Portnoy, F. Algunos aspectos de la transmisión perinatal del VIH en la Ciudad de Buenos Aires. INFOSIDA N°1, 2001; pág.18. www.buenosaires.gov.ar (Salud)

Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Junio 2002. www.lusida.org.ar

II- Asesoramiento

Barreda, V. Consentimiento informado: ¿trámite o regla ética? INFO-SIDA N° 2, agosto, 2002; pág. 32. www.buenosaires.gov.ar (Salud)

ONUSIDA. Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para mujeres embarazadas en países con alta prevalencia del VIH. 2000. www.unaids.org

ONUSIDA. Asesoramiento y VIH/sida. Actualización técnica. Colección ONUSIDA de prácticas óptimas. Ginebra 1997.

CONASIDA. Consejería en VIH/sida. Santiago de Chile, 2001

CONASIDA. Estrategia Global para la Prevención de la Transmisión del VIH/Sida. Comisión Nacional de Sida. Ministerio de Salud. Chile. 1998.

Ministerio de Salud de la Nación. Ley Nacional de Sida y su Decreto Reglamentario. Ley N° 23798. 1998.

Ministerio da Saúde (Brasil). CN-DST/AIDS. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Materno-infantil do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. 2001. www.aids.gov.br

Ministerio da Saúde (Brasil). CN-DST/AIDS. "Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: Diretrizes e procedimentos básicos", 1998. www.aids.gov.br

III- Diagnóstico de infección por VIH

Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Junio 2002. www.lusida.org.ar

Ministerio da Saúde (Brasil). CN-DST/AIDS. Recomendacoes para Profilaxia da Transmissao Materno-infantil do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes. 2001. www.aids.gov.br

Bartlett J. 2000/01 Guide to Medical Care of Patients With HIV Infection. The Johns Hopkins Hospital. Ninth Edition. 2000.

Stetler H. et al. Field evaluation of rapid HIV serologic tests for screening and confirming HIV-1 infection in Honduras. *AIDS* 1997; 11:369-375.

Burke, D. et al. Measurement of the false positive rate in a screening program for HIV infections. *N Eng J Med* 1988; 319:961-964.

Poliak, M.; Zener, N.; Kristansik, L. Particle agglutination test "Serodia H1/2" as a novel antiHIV1/2 screening test: Comparative study on 3311 serum samples. *Folia Biologica (Praha)* 43, 171-173. 1997.

Constantine, N.T., HIV antibody testing. En P.T.Coher, M. A. Sande and P. A. Voldering (Ed.) *The AIDS knowledge base*, third edition. Lippincott-Williams and Wilkins, Philadelphia Pa. P. 105-112. 1999.

Sloand, E., Pitt, E. et al. HIV testing. State of the Art. *JAMA*, 1991. Vol. 266: 20; 2861-2866.

IV- Transmisión Vertical: cuándo ocurre y qué factores influyen en ella

GESIDA/Seimc. (España) "Prevención de la Transmisión Vertical y Tratamiento de la Infección por VIH en la Mujer Embarazada". Junio 2001. www.msc.es

Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Junio 2002. www.lusida.org

Landesman, S. et al. Obstetrical factors and the transmission of HIV type 1 from mother to child. *N Engl J Med* 1996; 334:1617-23.

Mayaux, M.J. et al. Maternal virus load during pregnancy and mother to child transmission of HIV type 1: the French perinatal cohort studies. *J Infect Dis* 1997;175:172-5.

The International Perinatal HIV Group. Duration of ruptured membranes and vertical transmission of HIV-1: a meta-analysis from 15 prospective cohort studies. *AIDS* 2001;15:357-68.

Nduati, R. et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000; 283:1167-74.

García, P. et al. Maternal levels of plasma HIV type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. *N Eng J Med* 1999; 341:385-93.

The European Collaborative Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1994; 343:1464-7.

Levine, A. El manejo de las mujeres con infección por HIV y de la transmisión del HIV de madre a hijo. *Actualizaciones en sida* 2001;9 (33):129-137.

V- Medicación Antirretroviral

Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral. 2002. www.sadi.org.ar

Antirretroviral Treatment for Adult HIV Infection in 2002: Update Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. July 2002.

Wood, A. Management of Human Immunodeficiency Virus Infection in Pregnancy. *N Eng J Med* 2002; 346:1879-91.

Tuomala, R. et al. Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of an adverse outcome. *N Eng J Med* 2002; 346:1863-70.

Public Health Service Task Force. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. 2002. www.hivatis.org.

GESIDA/Plan Nacional de Sida en España. Documento de Consenso, Junio 2002. www.msc.es

GESIDA/Seimc. (España) Prevención de la Transmisión Vertical y Tratamiento de la Infección por VIH en la Mujer Embarazada. Junio 2001. www.msc.es

Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Junio 2002. www.lusida.gov.ar

British HIV Association (BHIVA.) Guidelines for the Treatment of HIV infected Adults with Antiretroviral Therapy, July 2001.

Resumen de la Tercera Conferencia sobre estrategias globales para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. Kampala, Uganda, 9 al 13 de septiembre, 2002.

CDC. Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women, November 2001. www.cdc.gov

UNICEF. Cuestionario para la evaluación global del hospital para la iniciativa de Hospitales Amigos del Niño de la OMS y UNICEF, 1992.

Guidelines for the use of antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents. November 10, 2003, developed by the Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection convened by the Department of Health and Human Services (DHHS).

Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children, UMDNJ.. Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. January 20, 2004

VI- Transmisión Vertical y modo de parto

Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Junio 2002. www.lusida.org.ar

Mandelbrot, L. et al. Perinatal HIV transmisión: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. *JAMA* 1998; 280:55-60.

The European Collaborative Study. Caesarean section and risk of vertical

transmission of HIV-1 infection. Lancet 1994; 343:1464-7.

Stringer, J. et al. Prophylactic caesarean delivery for the prevention of perinatal HIV transmission. The case for restraint. JAMA 1999; 284:1946-9.

The European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomized clinical trial. Lancet 1999; 353:1714.

Read, J. et al. Mode of delivery and postpartum morbidity among HIV-infected women: The Women and Infants Transmission Study (WITS). J Acquir Immune Defic Syndr 2001; 26:236-45.

Connor, E. et al. Reduction of maternal-infant transmission of VIH-1 with zidovudine treatment. N Eng J Med 1994; 331:1173-80.-

VII- Resistencia a los antirretrovirales

Public Health Service Task Force. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Transmission in the United States. 2002. www.hivatis.org.

Salomón, H., Zala, C. Guía para la utilización de los ensayos de resistencia a drogas antirretrovirales en el tratamiento del HIV/SIDA. Recomendaciones de un panel de expertos. Marzo, 2001.

VIII- Recomendaciones para el seguimiento clínico de las mujeres embarazadas VIH reactivas y sus hijos

CDC. Revised Recommendations for HIV Scening of Pregnant Women, November 2001. www.cdc.gov

GESIDA/Plan Nacional de Sida en España. Documento de Consenso, Junio 2002. www.msc.es

GESIDA/Seimc. (España) Prevención de la Transmisión Vertical y Tratamiento de la Infección por VIH en la Mujer Embarazada. Junio 2001. www.msc.es

Levine, A. El manejo de las mujeres con infección por VIH y la transmisión del VIH de madre a hijo. Actualizaciones en sida 2001; 9 (33): 129-137

Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH. Junio 2002. www.lusida.org.ar

Public Health Service Task Force. Recommendations for Use of Antiretroviral drugs in Pregnant VIH-1-Infected Woman for Maternal Helth and Interventions to Reduce Perinatal VIH-1 Transmission in the United States. 2203. www.hivatis.org

IX- Recomendaciones para la atención del RN de madre con infección por VIH

NPHRC. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. 2001. www.hivatis.org

Center for Disease Control and Prevention. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. MMWR 1998; 47:1-38.

De Martino, M. et al. Reduction in mortality with availability of antiretroviral therapy for children with perinatal HIV-1 infection. JAMA 2000; 284:190-7.

X- Reproducción y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes

- Reproducción y VIH

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Human Immunodeficiency Virus and Infertility Treatment. Fertility and Sterility 2002, 77: 2; 218-222.

Desclaux, A. Les médecins face au désir d'enfant: Risque réduit, grossesse plus "acceptable"?. Transcriptase Sud 2000; 2.

Veiga, A. et al. Assisted reproductive technologies and HIV-1 serodiscordant couples. Prenat Neonat med 1999; 4:357-61.

Marina, S. Et al. Human immunodeficiency virus type 1-serodiscordant couples can bear healthy children after undergoing intrauterine insemination. Fertility and Sterility 1998; 70:35-40.

Semprini, A. Reproductive counselling for HIV-discordant couples. Lancet 1997; 349:1401-2.

Semprini, A. et al. Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners. Lancet 1992; 340:1317-19.

- Anticoncepción y VIH

Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral. 2002. www.sadi.org.ar

Heard, I. Oú sont les femmes? Transcriptase 2002; 100:36-49.

Weller, S. Prevención de VIH/Sida y anticoncepción: una relación poco explorada en la Ciudad de Buenos Aires. INFOSIDA 2001; 1:22-5.

Morrison, C. et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? Br J Obs and Gyn 2001; 108:784-790.

Sinei, S. et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. Lancet 1998; 351:1238-42.

Martin, H. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of HIV type1. J Infect Dis 1998; 178:1053-59

Anexos

I. NOTIFICACIÓN DE PARTOS EN MUJERES INFECTADAS POR VIH

A partir del 1 de enero de 2003, de acuerdo a normativas emanadas por la Secretaría de Salud del GCBA, se deberá notificar de manera confidencial y con código a todas las mujeres embarazadas infectadas por VIH en el momento del parto o puerperio.

¿Por qué notificar partos en mujeres VIH reactivas?

En nuestro país es muy alto el porcentaje de niños respecto al número total de casos de sida. La gran mayoría de estos niños se infectó por transmisión vertical. Por ello debemos contar con información precisa y adecuada sobre la infección materna y sobre las medidas tomadas para mejorar la accesibilidad al testeo y tratamiento de las mujeres embarazadas. La mejora de esta accesibilidad redundará en una mejoría en la profilaxis de la transmisión vertical.

Este conocimiento, sumado al seguimiento de los niños nacidos de madres VIH reactivas nos permitirá contar con información adecuada para diseñar mejores estrategias tendientes a disminuir la prevalencia de infección en la mujer y la tasa de transmisión vertical.

¿Qué se debe notificar?

Se debe notificar toda mujer embarazada VIH reactiva en el momento del parto o durante el puerperio (Ver definición de caso al final). De ser un nuevo diagnóstico de infección por VIH-sida también se deberá completar la ficha de notificación de infección.

¿A partir de cuándo se debe notificar?

A partir del 1 de enero de 2003.

¿Quién debe notificar?

La notificación la debe realizar, durante el puerperio, el obstetra y/o infectólogo que realiza el seguimiento de la paciente mientras está internada.

¿Con qué instrumento se debe notificar?

La notificación se realizará completando la Ficha de Notificación de Partos en mujeres VIH reactivas. Ésta se podrá completar en el formulario impreso que entrega la Coordinación Sida o en formato electrónico a través de una base de datos Epi6 que se proveerá al hospital que lo desee.

¿Con qué código se debe notificar?

Se debe notificar con el nuevo código dispuesto a nivel nacional que consta de:

- Sexo del paciente: M o F.
- 1ª y 2ª letra del nombre.

- 1ª y 2ª letra del apellido.
- Fecha de nacimiento con 2 dígitos para el día y el mes y 4 para el año.

Ejemplo. María Pérez que nació el 2 de agosto de 1960 F MA PE 02081960

El código de notificación es tanto para identificar a la madre como para identificar al niño. Se sugiere completar el código del niño a partir de los datos que figuran en el DNI.

¿A quién se debe notificar?

Se debe notificar a la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Uspallata 2272 - Tel/fax 4305-0954-e-mail: psidaba@buenosaires.gov.ar)

¿Debe notificar sólo el subsector estatal?

No. La notificación la debe realizar tanto el subsector estatal como los subsectores de la seguridad social y de la medicina prepaga.

DEFINICION DE CASO PARA LA VIGILANCIA DE LA INFECCION POR VIH

(Revisada por Center for Disease Control. Diciembre de 1999)

I. En un adulto, adolescente o niño ³18 meses, debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios para ser considerado infectado por el VIH:

Criterios de Laboratorio

- Un test de VIH con resultado positivo que haya sido confirmado con una técnica específica (Western Blot o Inmunofluorescencia)

O bien,

- Un resultado positivo en alguno de los siguientes test:
- Detección del DNA o RNA del VIH (reacción de cadena de polimerasa o PCR)
- Detección del antígeno p24 del VIH
- Aislamiento del VIH (por cultivo)

II. En un niño < 18 MESES, nacido de una madre infectada por el VIH, o cualquier niño infectado por sangre, productos sanguíneos u otros modos conocidos de transmisión, debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios para ser considerado infectado por el VIH:

Criterios de Laboratorio

Diagnóstico definitivo

- Resultados positivos en dos determinaciones de sangre diferentes (excluyendo sangre del cordón) usando uno o más de los siguientes test:
- Detección del DNA o RNA del VIH (reacción de cadena de polimerasa o PCR)
- Detección del antígeno p24 del VIH
- Aislamiento del VIH (por cultivo)

II. Ficha de notificación

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE PARTOS DE MUJERES VIH REACTIVAS

I. DATOS DE LA MADRE

Código: _____ / _____ / _____ Edad _____

a) sexo (M o F). b) 1ª letra del nombre. c) 2ª letra del nombre. d) 1ª letra del apellido. e) 2ª letra del apellido. f) día. g) mes. h) año de nacimiento.

• **Lugar de residencia** ¹ Barrio.....Ciudad.....Provincia.....

• Nivel de instrucción

	Primaria	Secundaria	Terciario	Universitario
1. Analfabeto <input type="checkbox"/>	2. Incompleta <input type="checkbox"/>	4. Incompleta <input type="checkbox"/>	6. Incompleto <input type="checkbox"/>	8. Incompleto <input type="checkbox"/>
	3. Completa <input type="checkbox"/>	5. Completa <input type="checkbox"/>	7. Completo <input type="checkbox"/>	9. Completo <input type="checkbox"/>
10. Desconocido <input type="checkbox"/>				

MENORES DE 18 AÑOS: Concorre a la escuela actualmente 1- Sí 2- No 3- Desconocido

• **Obra social** 1- Sí 2- No 3- Desconocido

• Datos del embarazo y parto

Fecha de parto: ____ / ____ / ____

Hospital donde se realizó:.....

• Momento de diagnóstico de seropositividad para VIH

1- Antes del embarazo 2- Durante el embarazo 3- Trabajo de parto 4- Puerperio
5- Desconocido 6- Embarazo anterior

• Vía de transmisión del VIH

1- Vía sexual 2- Usaria de drogas inyectable 3- Receptor de sangre o derivados
4- Accidente laboral 5- Hija de madre VIH+ 6- Desconocido

• Información de la/s pareja/s sexual/es

Tiene o tuvo una pareja VIH positiva: 1- Sí 2- No 3- Lo ignora 4- Desconocido
Tiene o tuvo una pareja usuaria de drogas inyectables: 1. Sí 2. No 3- Lo ignora 4- Desconocido

• Tratamiento

Tratamiento antirretroviral previo al embarazo: 1- Sí 2- No 3- Desconocido

• Prevención de la transmisión vertical

Profilaxis antirretroviral durante el embarazo. 1- Sí 2- No 3- Desconocido

• Tipo de profilaxis/tratamiento recibidos

I) Prenatal:² 1- Sí Semana de inicio: 2- No 3- Desconocido

Drogas utilizadas: 1- AZT solo 2- Otras Especificar.....

II) Durante el parto: 1- Sí 2- No 3- Desconocido

Drogas utilizadas: 1- AZT 2- Otras Especificar.....

III) Profilaxis neonatal: 1- Sí 2- No 3- Desconocido

Esquema utilizado: 1- AZT 2- Otros Especificar.....

Ultima carga viral durante el embarazo: Semana de realización:

1- <500 2- 500-55000 3- >55000 4- Desconocido

• Tipo de nacimiento

1- Parto 2- Cesárea electiva 3- Cesárea de emergencia

¹ Especificar dónde residió mayor tiempo durante los últimos 12 meses.

² Se considera profilaxis prenatal a la que se inició antes de la internación en trabajo de parto.

II. DATOS DEL HIJO EXPUESTO DE MADRE VIH REACTIVA

Código: ___ ___ ___ ___ ___ / ___ / ___ ___
 a b c d e f g h

a) sexo (M o F). b) 1ª letra del nombre, c) 2ª letra del nombre, d) 1ª letra del apellido, e) 2ª letra del apellido, f) día, g) mes, h) año de nacimiento.

Datos del Notificante

Nombre:..... Correo electrónico:.....

Institución:..... TE:.....

Dirección:.....

Ciudad:.....

Firma:.....

Fecha de notificación:

Coordinación Sida - Carlos Pellegrini 313 - 9ª piso - 4323-9029/9053 - dgasya@buenosaires.gov.ar
Hospital Muñiz - Uspallata 2272 - Ex sala 29 1ª piso - 4304-6200/4305-0954 - psida@buenosaires.gov.ar

III. Modelo de consentimiento informado

<p>INSTITUCION/SERVICIO:.....</p> <p>SOLICITUD DE ESTUDIOS DE SEROLOGIA</p> <p>Código: _____</p> <p style="text-align: center;">a b c d e f g h</p> <p style="font-size: small;">a)sexo (M o F), b)1ª letra del nombre, c)2ª letra del nombre, d)1ª letra del apellido, f) día, g)mes, h) año de nacimiento</p> <p>Nº H.Cl./ Protocolo/etc.:.....</p> <p>Serología solicitada: VIH</p> <p style="text-align: right;">..... Firma del profesional solicitante</p>	<p>CONSENTIMIENTO DEL/LA CONSULTANTE</p> <p>Bs.As.,.....de.....de 20.....</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">a b c d e f g h</p> <p style="font-size: small;">(Código)</p> <p>declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido suficientemente informada/o de la conveniencia de realizar-me una prueba diagnóstica para la detección del VIH. Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y el alcance y significado de los resultados. Se me ha asegurado también la confidencialidad de los resultados y me han sido comunicados mis derechos al debido asesoramiento y la asistencia en caso de estar infectada/o por el VIH, en el marco de la legislación vigente.</p> <p>Por lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba y las que fueran necesarias para la confirmación de los resultados. Consiento también que se realicen a mi hijo/a recién nacido/a, los estudios correspondientes para la detección del VIH si ello fuere necesario.</p> <p style="text-align: right;">..... Firma de/la consultante</p>
--	--

Exitos médicos, desafíos humanos
Reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH

Lic. Silvana Weller
Dr. Fabián Portnoy
Coordinación Sida—Secretaría de Salud—GCBA
Lic. Mónica Gogna
Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Con la colaboración de:

Lic. Ariel Adaszko
Dra. María Pía Majdalani
Lic. Andrea Mariño
Lic. Carolina Pirovani

Presentación del problema

La construcción de nuevas propuestas para atender los problemas de salud requiere de diagnósticos acertados, de habilidad técnica para crear caminos alternativos a los procedimientos que se están llevando a cabo, y también y fundamentalmente, del compromiso de los actores involucrados en las propuestas de cambio.

Esta forma de plantear la gestión de la salud parte de un modo de pensar que, si bien no es el más habitual, cuenta hoy en día con desarrollos conceptuales y experiencias que no sólo muestran ser más efectivos sino más estimulantes y satisfactorios, tanto para los responsables de ofertar servicios de salud como para los usuarios de estos servicios. El modo más tradicional de pensar la gestión, también llamado "normativo", se caracteriza por la disociación entre los que planifican (los gestores o funcionarios), y los que ejecutan los planes y las normas (los equipos de salud en el encuentro con los usuarios de los servicios) (Campos, 1998).

Desde los nuevos modelos de gestión creemos que la realidad es más compleja, en la medida en que en los servicios públicos de salud (y posiblemente también en los privados) todos los actores (los profesionales de la salud, el personal técnico administrativo, los usuarios del sistema) tienen diferentes grados de poder y por ende, distintas capacidades de planificación (Campos, 2000), es decir que todos tomamos decisiones, aunque con diversos grados de libertad.

La manera en la que solemos organizar la atención de la salud reconoce de modo explícito una sola lógica, que es la lógica del poder

formal y de la norma. Todo aquello que sucede por fuera de estos canales es interpretado como falla de sistema y clasificado como fracaso. Emerson Merhy (1997) propone en cambio considerar las fallas de sistema como ruidos que deberían ser escuchados. Él dirá que las fallas del sistema (es decir las fallas del procedimiento normatizado o instituido) están denunciando la presencia de otras lógicas que no están siendo consideradas por el técnico/planificador a la hora de proponer nuevas modalidades de trabajo.

Planteadas las cosas de esta manera, la investigación en salud es una herramienta fundamental en la medida en que permite conocer de un modo sistemático las diferentes lógicas que están operando en el sistema, quiénes las producen, desde qué lugares y cómo interactúan. No nos referimos aquí a la investigación que parte de considerar sujetos de investigación por un lado (los investigadores) y objetos a ser investigados por otro (los profesionales de la salud, los usuarios), sino a la investigación que considera que la pesquisa en salud es la investigación de sujetos sobre sujetos, un encuentro en el que el investigador reflexiona CON otros SUJETOS sobre las prácticas y saberes de estos últimos. Los sujetos de la investigación son actores inteligentes, que no sólo brindan información sino que tienen capacidad de reflexionar sobre la información que brindan y de modificar sus prácticas como resultado de este proceso.

El campo de la atención del VIH/sida nos pone diariamente ante nuevos desafíos para los que es preciso construir respuestas que vayan más allá del descubrimiento de nuevas drogas. En realidad, es en parte gracias a los avances científicos en el campo de la biomedicina de los últimos años -que han convertido al VIH/sida en una enfermedad crónica- que hoy cobra mayor relevancia y visibilidad la atención de los derechos reproductivos de las personas.

La existencia del protocolo 076, de la terapia antirretroviral de alta eficacia (Highly Active Anti-Retroviral Therapy - HAART), y de una política de distribución gratuita de medicamentos antirretrovirales en nuestro país y en nuestra ciudad, ha marcado un antes y un después en la esperanza y calidad de vida de las personas que viven con VIH (PVVIH). Esto ha generado diferentes tipos de efectos positivos, susceptibles de ser más o menos mensurados.

Los efectos positivos claramente mensurables son los siguientes:

- Disminución de la mortalidad por sida
- Disminución de la aparición de nuevos casos de sida
- Disminución del tiempo de internación en personas con VIH/sida debido a la aparición de enfermedades relacionadas
- Aumento de la expectativa de vida
- Disminución de la transmisión vertical
- Disminución del número de niños que desarrollan la enfermedad

Si bien no contamos aún con datos estadísticos, otro efecto positivo ocasionado por la existencia de los nuevos tratamientos puede ser visualizado en el campo de la prevención del VIH. Nos referimos al aumento de personas que acceden al testeo y el consecuente aumento de personas diagnosticadas de modo más precoz.

La relación entre la prevención y el tratamiento de las enfermedades es más estrecha que lo que se considera generalmente. Así, el contar con respuestas para las PVVIH genera un nuevo escenario en materia de promoción y toma de decisión con respecto al test de VIH. La progresiva pérdida de sentido de la vieja asociación entre el sida y la muerte favorece que los equipos se sientan más cómodos para ofertar la prueba y genera una mejor disposición en las personas a conocer su serología. Dicho de otra manera, en la medida en que bajan los niveles de temor y de discriminación -pues la PVVIH deja de ser amenazante- los profesionales pierden el miedo a trabajar sobre este problema y las personas logran romper la organización original de la enfermedad, que era "la enfermedad de otros"¹.

Finalmente, y no menos importante, el efecto más positivo -tal como señala Veriano Terto (2003)- es el cambio cualitativo que ha ocurrido en las PVVIH que han pasado de un "proyecto de muerte" a la reorganización de un "proyecto de vida" que incluye no sólo la posibilidad de inserción social, sino también las esperanzas en formar una familia y/o en tener hijos.

A partir de estas nuevas realidades, los equipos de salud tenemos que responder a necesidades que antes no estaban planteadas con tanto nivel de visibilidad. Es preciso considerar en la atención de las PVVIH, que las mismas mantienen, en la mayoría de los casos, su actividad sexual luego del diagnóstico, y que tienen derechos y deseos (como las demás personas) a regular su fecundidad con los métodos más adecuados, así como a tomar decisiones informadas sobre reproducción y contar con la tecnología más avanzada disponible para ello.

Porque creemos saber el nivel de desafío que implican estas afirmaciones, es que hemos desarrollado el proyecto de investigación cuyos resultados estamos presentando. El estudio fue realizado con la esperanza de brindar insumos para transformar estos deseos en realidades que gocen del más alto consenso entre los que estamos directamente involucrados en estas problemáticas: los niveles de gestión, los equipos de salud y las personas que viven con VIH usuarias de nuestro sistema de salud.

Contexto institucional

Una de las primeras acciones que llevó adelante la Coordinación Sida a poco de iniciada su gestión en diciembre del 2000, fue la realización de un encuentro de Planificación Estratégica² que se extendió por tres días e involucró a unas cuarenta personas que se desempeñaban en diferentes ámbitos involucrados en la atención de la problemática del VIH/sida en nuestra Ciudad.

Participaron del encuentro personas de los servicios de salud de diferentes ámbitos de la Secretaría de Salud, personas que se desempeñan en diferentes áreas de las políticas públicas de la Ciudad (como Educación, Promoción Social, Dirección de la Juventud, de la Mujer, etc.), representantes de ONG con trabajo en VIH, PVVIH, miembros de grupos religiosos ocupados de la temática, entre otros.

El trabajo desarrollado en esa reunión permitió generar de modo colectivo un consenso sobre el Plan Estratégico para la Coordinación Sida en los años 2001-2003. El propósito era "que todas sus acciones deberán ser parte del proceso de construcción de ciudadanía". Se definieron también cuatro grandes objetivos o ejes que fueron:

- 1- Disminuir la transmisión del VIH en la Ciudad de Buenos Aires.
- 2- Garantizar la atención integral a las personas que viven con VIH/sida.
- 3- Promover la investigación aplicada en el área VIH/sida.
- 4- Fortalecer la capacidad de gestión con la participación de los distintos sectores involucrados.

Para lograr estos objetivos, la Coordinación Sida se dio una organización interna de trabajo conformada por cuatro áreas, compuestas a su vez por diferentes Proyectos o Componentes³ (Coordinación Sida, 2001). El Componente de Prevención de la Transmisión Vertical es uno de ellos. Este Proyecto o Componente de Trabajo ha generado diversas acciones tales como:

- 1- Compra y distribución de leche modificada para que las mujeres con VIH puedan dejar de amamantar sin comprometer la alimentación de los bebés y de inhibidores de lactancia para facilitar la suspensión de la lactancia materna.
- 2.- Inclusión progresiva de test rápidos de VIH en los servicios de Obstetricia.
- 3- Inclusión de distribución de material preventivo (preservativos y folletos de prevención de transmisión vertical) como parte de la atención ofrecida a las mujeres embarazadas y sus parejas⁴.
- 4- Promoción de un proceso participativo de trabajo que concluyó con la redacción y edición impresa de las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, el Tratamiento de la Infección en Mujeres Embarazadas y el Asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes (Coordinación Sida, 2002). Estas Recomendaciones fueron aprobadas mediante la Resolución 78/03 de la Secretaría de Salud, publicada en el Boletín Oficial del 30-01-03; las Recomendaciones fueron distribuidas en los diferentes servicios de salud.
- 5- Realización de talleres de sensibilización y capacitación sobre el abordaje integral de la prevención de la transmisión perinatal del

VIH/sida y sobre el mejoramiento de los circuitos institucionales utilizados por las pacientes.

6- Notificación de partos de mujeres que viven con VIH. A partir del 1 de enero de 2003 los hospitales deben notificar a la Coordinación Sida los partos de mujeres VIH reactivas, lo que permite contar con información adecuada para la implementación de acciones específicas.

Las Recomendaciones se ocupan de formular lineamientos sobre algunos temas que gozan de relativo consenso en el interior de los equipos, pero también avanza sobre otros más novedosos y controversiales, como es el caso de la reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH/sida. Los temas han sido incluidos en la medida en que la experiencia internacional indica que son un componente esencial de la prevención de la transmisión vertical (ONUSIDA, 2002) y de la atención integral de las PVVIH en el marco de los derechos reproductivos.

El proyecto de investigación, cuyos resultados estamos presentando para ser sujetos a debate, nació con la intención de ser una herramienta que permita conocer cómo están afrontando los servicios de salud y los usuarios de los mismos esta temática.

Conocer las opiniones y las prácticas de los profesionales y personas involucradas permite generar propuestas que nazcan con mayor consenso y, en consecuencia, mayor viabilidad para su realización efectiva.

Para llevar adelante el proyecto de investigación, la Coordinación Sida realizó un convenio de cooperación con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), una institución académica con trayectoria y experiencia en la investigación en salud, entendiendo que la articulación de un organismo de gestión y otro de investigación podía ser una buena alianza para una empresa relativamente novedosa en nuestro medio.

Salud y ciudadanía

Desde el inicio de la epidemia del VIH/sida hubo voces que llamaron la atención sobre la falsa contradicción que se había planteado entre derechos individuales de las personas con VIH y pro-

tección de la salud pública (Tomasevski, 1991).

En los comienzos de la epidemia, el pánico social que se había instalado, generó en grandes sectores de la sociedad la ilusión de que la mejor forma de detenerla era discriminar (hacer identificables, "marcar") a las personas que vivían con VIH, y en un mismo movimiento, apelar a medidas coercitivas sobre la "población general". Algunos sectores pensaron que la detección obligatoria del VIH, si bien era una medida autoritaria, podía ser beneficiosa para detener la epidemia.

Los más de veinte años transcurridos desde la aparición de los primeros casos han demostrado que no hay contradicción entre proteger los derechos de las personas directamente afectadas y evitar la expansión de la epidemia. Más aun, hemos aprendido que los prejuicios y la discriminación han vuelto muy vulnerables a las personas que organizaban sus cuidados guiados por las ideas de los "grupos de riesgo". El caso de las mujeres heterosexuales con pareja estable es tal vez el ejemplo más claro de un grupo que quedó fuera del imaginario del "riesgo", y hoy miles de mujeres están pagando el precio de no haber sido convenientemente alertadas, y de no haber podido implementar las medidas de prevención contra el VIH.

Atender la protección de los derechos de las personas en el marco de los procesos de atención de salud es un elemento indispensable de políticas públicas llevadas adelante por gobiernos democráticos. Si bien no es frecuente observarlo de esta manera, las prácticas en salud tienen también implicancias políticas, en la medida en que las decisiones sanitarias pueden disminuir o bien aumentar la calidad de ciudadanía. No es lo mismo generar normativas de atención que contemplen los derechos de las personas con VIH a reproducirse y formar una familia, a tener un hijo en las mejores condiciones, a regular su fecundidad, que normativas que hagan caso omiso a estos derechos humanos.

Habilitar a los equipos de salud, a través de tecnologías adecuadas, a la posibilidad de atender a la población considerando no sólo sus patologías de base sino también sus derechos como ciudadanos, es un desafío que nos involucra a todos, y que creemos mejorará la calidad de vida de los usuarios pero también de los profesionales y técnicos que nos desempeñamos dentro de nuestro sistema de salud.

Tal como señala Onocko (2002): "Las vidas que se juegan día a día en los modernos hospitales no son únicamente las de los pacientes".

Contenidos del informe

El trabajo se ha organizado en cinco apartados. El primero es un estado del arte sobre transmisión vertical del VIH/sida que incluye: actualización de datos sobre transmisión vertical y modificaciones del impacto del VIH en la población heterosexual en edad reproductiva en la ciudad de Buenos Aires; racconto de los avances científicos y normativos en esta área y una puesta al día del conocimiento sobre sexualidad, fertilidad y embarazos en PVVIH según estudios realizados en otros países.

En el segundo apartado se presenta de modo sintético el proyecto de investigación que se llevó adelante entre los años 2002 y 2003. La investigación se centró en entrevistas semiestructuradas a 30 profesionales vinculados directa e indirectamente a la atención de personas que viven con VIH. Todos los profesionales se desempeñaban en hospitales y centros de salud del sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires. También fueron entrevistadas, dentro del ámbito hospitalario, 10 personas que viven con VIH, usuarias del sistema.

En el apartado siguiente se presentan los resultados del estudio: siguiendo los formatos habituales de organización de información cualitativa, se ha procurado realizar apartados temáticos que, si bien siguen las líneas de interés trazadas al comienzo de la investigación (las preguntas que nos guiaron), buscan resaltar los nudos argumentales tal como se fueron consolidando a través de los diferentes puntos de vista de los actores entrevistados.

En el cuarto apartado se presenta un análisis de los resultados buscando destacar algunos puntos salientes para el debate, y comparando, donde fuera posible, los resultados obtenidos con la información disponible de estudios similares llevados adelante en otros países.

En el último apartado se encuentran las conclusiones, los nudos sobre los que es preciso trabajar dentro del sistema y de los equipos de salud y algunas líneas de acción posibles obtenidas de las propuestas generadas por los mismos entrevistados.

Agradecimientos

A los profesionales y usuarios del sistema de salud entrevistados, sin cuya participación este proyecto no hubiera sido posible.

A los profesionales Sebastián Ares, Graciela Barboni, Cecilia Carranza, Patricia Coll, Celia Cuzzolino, Silvana Larocca, Rubén Luca, Ana María Molina, Marcela Ortiz de Zárate, Hernán Ostuni, Gloria Pomito, María Elena Seidenstein, J. Van der Velde, Sandra Vázquez y Silvina Vulcano por su participación activa en el análisis conjunto de los resultados preliminares.

A los compañeros del equipo de la Coordinación Sida, con quienes día a día conversamos y también discutimos sobre estos temas.

A Claudio Bloch, Malala Carones, Agustín Rojo, Ana Bordenave, Norma Ereñú y Marisa Nan, por la lectura crítica y los aportes a la redacción definitiva de este informe.

¹ Esta afirmación se basa en diversos desarrollos que plantean que ubicar el sida como "enfermedad de otros" es una estrategia ilusoria pero estrategia al fin de mantenerse "alejado del peligro" o "fuera de peligro" (Weller, 1999).

² Taller de Planificación Estratégica en Respuesta al VIH/sida. Ministerio de Salud / Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires / ONUSIDA. Buenos Aires, 28 al 30 de junio de 2001.

³ Área de Prevención: Componentes de Red de Distribución y Prevención; Personas que viven con VIH; Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD); Transmisión Vertical; Minorías Sexuales; Usuarios de Drogas y Educación. Área de Comunicación Social: Piezas preventivas, publicación Infosida, prensa y campañas masivas. Área de Epidemiología y Asistencia: Componentes de Vigilancia epidemiológica y estudios sociales; Medicamentos; Laboratorio. Área de Administración: Secretaría, Carga Viral y Medicación, Logística y distribución y Entrada de Datos.

⁴ La Red de Distribución y Prevención distribuyó 202.703 trípticos de prevención de la transmisión vertical entre 2001 y el primer trimestre del año en curso.

La transmisión vertical del VIH/sida: estado del arte

El marco nacional. Feminización y heterosexualización crecientes

Probablemente pocos problemas de salud han experimentado un desarrollo comparable, en términos de respuestas eficaces en corto tiempo, como la epidemia de VIH/sida.

Desde la publicación, en *Morbidity and Mortality Weekly Report* de junio de 1981 de 5 casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en pacientes varones homosexuales, en muy pocos años se ha identificado el agente etiológico (VIH), las vías de transmisión, se han desarrollado test diagnósticos específicos, recomendaciones e intervenciones en salud pública y alternativas terapéuticas de alto impacto.

Los avances registrados en los últimos años en el tratamiento de la infección por VIH han dado como resultado que, por primera vez en la historia de la epidemia, podamos considerar al sida como una enfermedad crónica.

La evidencia disponible nos deja en claro de forma contundente que el empleo del tratamiento antirretroviral de alta eficiencia, conocido como HAART, ha producido importantes beneficios clínicos y mejoría en la calidad de vida de las personas con infección por VIH que han tenido acceso al tratamiento. Es ya amplia la evidencia que documenta una importante y marcada disminución en hospitalizaciones y morbilidad como consecuencia de estas terapias (Cahn, 1999).

En Argentina el primer caso de sida se registró en el año 1982. A partir de ese momento la notificación de casos fue incrementándose hasta alcanzar en el año 1996 el valor máximo de casos notificados, lo que coincide con la incorporación de tres nuevas enfermedades marcadoras (tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana a repetición y cáncer de cuello uterino invasor) responsables del 26% de los enfermos diagnosticados ese año (MSN, 2003).

En los años siguientes se observa una disminución constante en la notificación de casos que coincide con la aplicación de la terapia antirretroviral de alta eficacia a partir de 1997, que influye directamente en el descenso de la tasa de incidencia de diagnóstico de enfermos de sida.

Asimismo, y en relación con el tema específico de la Transmisión vertical (TV), la evolución de la distribución de casos de sida por sexo ha ido variando desde el comienzo de la epidemia.

En 1987 se diagnosticó el primer caso de sida en mujeres y a partir de ese momento la relación hombre/mujer comienza a descender de 92/1 en 1987, 14/1 en 1988, 3,7/1 en 1994 y 2,6/1 en el 2002.

La tendencia tanto en Argentina como en el resto del mundo expresa que la epidemia se disemina cada vez más en mujeres y anualmente el número de mujeres diagnosticadas con sida no ha dejado de crecer. Vale la pena destacar que la mayor concentración de casos se ha presentado en mujeres y varones en edad reproductiva. Según muestran las estadísticas, la enfermedad afecta fundamentalmente a la franja de edad de la población económicamente activa y se concentra en ambos sexos entre los 25 y 34 años.

Al analizar el patrón de transmisión que sigue la epidemia en Argentina en los últimos años, se evidencia una clara tendencia hacia la heterosexualización, que se expresa en las cifras de los últimos años: tanto en el 2001 como en el 2002 en los casos diagnosticados de sida la vía de transmisión más frecuente fue por relaciones sexuales desprotegidas, en heterosexuales con el 41,3% y 46,3% respectivamente para cada año, seguido por usuarios de drogas inyectables (UDI) con el 23,4% y 19,1% y luego hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con el 20% y 17,6%.

Impacto de la feminización y heterosexualización de la epidemia en la ciudad de Buenos Aires. Reiteración del patrón nacional

De un total de 24.119 casos de sida registrados en el Programa Nacional, en Buenos Aires se han notificado 12.700, de los cuales el 52% corresponde a residentes en el distrito. El patrón evolutivo de las vías de transmisión en la ciudad tiene características similares a las ya expresadas del nivel nacional.

Al efectuar el análisis de las tendencias a través del tiempo en relación a las vías de transmisión de los casos de sida en la CBA, se puede dividir la epidemia en decenios con características diferenciadas. En el primer decenio (1983/92) la mayoría de los casos se dio en HSH sin protección, que constituyeron el 66% del total de casos, seguido por los UDI con el 15% y las relaciones heterosexuales sin protección que reportan sólo el 6%.

A partir de 1992 comienza a ser la vía de transmisión en UDI la que adquiere una mayor proporción relativa y llega, en 1995, a representar el 44% de los casos de sida. En ese año los HSH representaron el 28% y la vía heterosexual el 16%. A partir de ese momento se modifica la tendencia y comienza el aumento sostenido de la vía heterosexual.

En el año 2000, y comenzando el tercer decenio de la epidemia, se observa que la primera vía de transmisión pasa a ser la heterosexual con el 43% de los casos, seguida por los UDI (26%) y los HSH (22%). Esta tendencia se consolida y profundiza a partir del 2001 asociándose, a su vez, con una creciente participación de las mujeres y con una progresiva disminución del nivel de escolaridad alcanzado por las personas a quienes se les diagnostica sida. Estos datos permiten afirmar que la epidemia en la ciudad atraviesa una etapa de franca heterosexualización, feminización y empobrecimiento (Coordinación Sida, 2003).

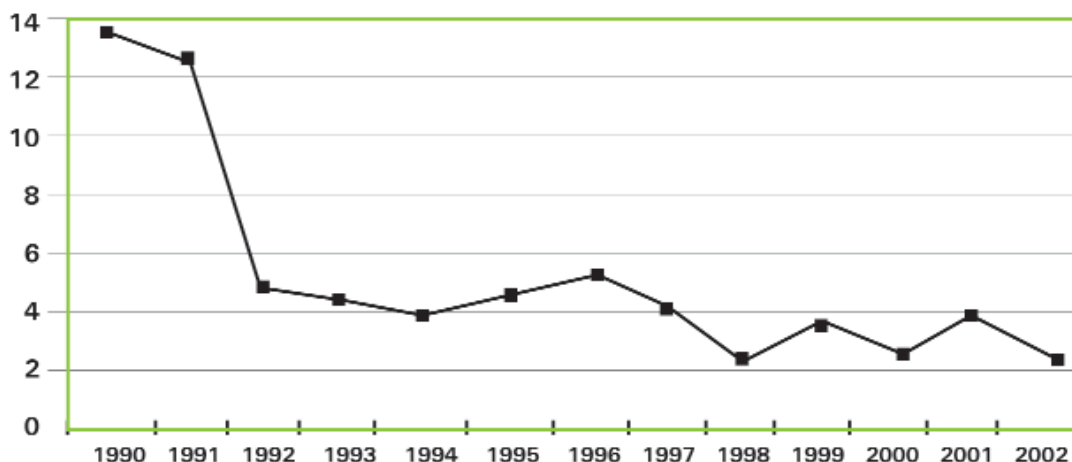
En la tabla siguiente puede verse con claridad la heterosexualización de la epidemia en la ciudad de Buenos Aires a lo largo del tiempo:

Proporción de casos de sida por transmisión heterosexual

Años	Casos de sida totales% vía heterosexual	Casos de sida masculinos% vía heterosexual	Casos de sida femeninos% vía heterosexual
1983 - 86	0	0	0
1987 - 90	7,4	6,0	29,6
1991 - 94	14,8	9,6	39,7
1995 - 98	22,8	13,9	57,6
1999 - 02	39,7	29,0	71,7
Total	23,5	15,5	56,5

El mencionado proceso de feminización que se registra a nivel nacional tiene su correlato en la ciudad. Esto puede verse a través de dos indicadores, la disminución de la razón hombre-mujer en los casos de sida, y en las nuevas infecciones. El registro de las personas infectadas sin sida esta disponible en la ciudad de Buenos Aires a partir del año 2002⁵. De acuerdo a esa información, de las 1.423 personas en esas condiciones, el 34% son mujeres. Es decir una razón hombre-mujer de 1,9, un valor que se ubica por debajo de lo registrado en año 2002 para los casos de sida.

Casos de sida en mayores 12 años en la ciudad de Buenos Aires.
Razón hombre-mujer



Otra variable a tener en cuenta para conformar el cuadro de la TV en la ciudad es la edad promedio de los casos de sida y de las infecciones no-sida tanto en varones como en mujeres. En este sentido, podemos afirmar que se trata de una epidemia que afecta a personas jóvenes en edad reproductiva. Teniendo en cuenta la historia

natural de la enfermedad, se deduce que si la transmisión del virus se produjo entre los 8 y 12 años previos al contacto con los servicios de salud, la misma tuvo lugar entre los 23 y los 27 años en el caso de los hombres; y entre los 19 y 23 en las mujeres.

Años	Edad mediana hombres	Edad mediana mujeres
Casos de sida 2000	35	33
Casos de sida 2001	36	31
Casos de sida 2002	35	31
Infecciones 2000-2002	32	28

A su vez, cuando el eje central del análisis es la prevención de la transmisión vertical, es necesario tener en claro que además de la vía de transmisión heterosexual (tanto en hombres como mujeres), deben tenerse presentes otras vías, como el uso compartido de material de inyección, las relaciones bisexuales, los accidentes laborales y cualquier tipo de transfusión. En ese sentido de las 1.467 personas infectadas con VIH, residentes en la ciudad de Buenos Aires, registradas entre diciembre 2002 y abril 2004, el 74% se encuentra dentro de esos grupos.

En cuanto a la vía de transmisión en estas nuevas infecciones, y confirmando la tendencia de los casos de sida, se observa que la transmisión heterosexual representa un 56% de las notificaciones.

Por su parte, los casos de infección por transmisión vertical constituyen el 3,9% del total de los diagnósticos de sida.

A manera de síntesis, se desprende de lo antedicho, que la mayor concentración de casos de sida e infecciones por VIH se presenta en personas que se encuentran en edad reproductiva y es ahí donde radica la importancia de focalizar acciones de prevención en mujeres y varones en edad fértil, así como en mujeres embarazadas y sus parejas sexuales, con el fin de realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados.

Impacto de la evolución de los conocimientos sobre la transmisión vertical en el abordaje integral de esta problemática

Desde el inicio de la epidemia de sida, se reconoció la transmisión vertical como una vía relevante de adquisición de la infección por VIH. De hecho, la tasa de transmisión vertical ha variado a nivel mundial entre el 2 y el 48% dependiendo de múltiples factores, y es la vía de adquisición de la infección por VIH para más del 90% de los niños infectados en el mundo.

Este problema es particularmente importante si tenemos en cuenta que más del 50% de las personas infectadas en el mundo son mujeres, la mayoría de ellas en edad reproductiva. De acuerdo al Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial VIH/SIDA 2002, "se calcula que 11,8 millones de jóvenes de 15-24 años de edad están viviendo con VIH/SIDA. Además, aproximadamente la mitad de todas las infecciones en adultos -unas 6.000 diarias- corresponden a jóvenes. Aunque a muchos adultos les resulta difícil admitirlo, un gran número de jóvenes empiezan su actividad sexual a una edad relativamente temprana, son sexualmente activos antes del matrimonio, no son monógamos y no utilizan preservativos con la suficiente regularidad para asegurar la protección" (ONUSIDA, 2002).

Afortunadamente, el desarrollo de las investigaciones en los últimos 10 años, en particular en el área biomédica, permite mediante intervenciones eficaces (en los lugares donde los recursos necesarios están disponibles y accesibles), no sólo mejorar y prolongar la vida de las PVVIH sino también reducir drásticamente las tasas de transmisión perinatal.

En febrero de 1994 el Pediatric AIDS Clinical Group Protocol 076 (PACTG 076) demostró la eficacia del esquema de Zidovudina (AZT), en sus tres componentes (administración durante el embarazo, el parto y al recién nacido), reduciendo el riesgo de transmisión vertical del VIH en un 70% (Connor Em et al., 1994).

A partir de los resultados de este estudio se generalizó la necesidad de ofrecer la realización del testeo voluntario para VIH a todas las embarazadas. En nuestro país, la publicación y difusión en 1997 de la Norma Nacional de Sida en Perinatología incluye la obligatoriedad

de ofrecer a todas las embarazadas la realización de la serología para VIH, previo aconsejamiento y respetando el consentimiento informado. Esto contribuyó a optimizar la detección precoz de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH y ofrecerles tratamientos antirretrovirales que demostraron reducir sensiblemente el riesgo de transmisión madre-hijo.

Sin embargo, es aún insuficiente el ofrecimiento del testeo para las parejas de estas mujeres. El conocimiento del estatus serológico de las parejas redundaría en una respuesta más eficiente en términos del control de la epidemia.

Estudios posteriores demostraron que la lactancia materna determina un riesgo adicional de transmisión del VIH al neonato (Newell, 1998; Leroy et al., 1998; Nduati et al., 2000), lo que derivó en la recomendación de evitar la lactancia materna en los casos en que exista un posible sustituto alimentario.

Por otra parte, estudios observacionales concluyeron que la cesárea programada, definida como la realizada antes del inicio del trabajo de parto, se asocia a un efecto protector frente a la transmisión vertical en mujeres VIH reactivas sin tratamiento antirretroviral y/o con niveles de carga viral por encima de 1000 copias (Tobo et al., 1996; Mandelbrot et al., 1998; Stringer et al., 1999).

Así, una vez conocida la seropositividad de las mujeres embarazadas, el suministro de fármacos antirretrovirales, la evaluación acerca de la necesidad o no de programar una cesárea y la evitación de la lactancia materna constituyen los pilares fundamentales del abordaje preventivo/terapéutico para estas mujeres y sus hijos.

Estos criterios fueron debatidos, aprobados y publicados en Argentina, por el grupo redactor de las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH (MSN, 2002) y en la ciudad de Buenos Aires a través del grupo de trabajo de las Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, el Tratamiento de la Infección en Mujeres Embarazadas y el Asesoramiento sobre Procreación y Anticoncepción en Parejas Seropositivas o Serodiscordantes (Secretaría de Salud, Noviembre de 2002).

Indicadores de la evolución de la transmisión vertical del VIH/sida en la ciudad de Buenos Aires⁶

En la ciudad de Buenos Aires, el primer niño con diagnóstico de sida infectado por transmisión vertical fue reportado en 1986. Desde entonces esta ha sido la vía de transmisión de la infección de los 1.005 niños notificados en el distrito. La transmisión vertical se presenta como antecedente en un 7,4% del total de casos de sida atendidos en la ciudad, y disminuye al 4,1% si se toma en cuenta sólo a los residentes.

Casos de sida por transmisión vertical según residencia

Casos de sida por TV	Residentes	No residentes
1.005	281	724

Desde el primer caso de sida notificado en 1983 hasta el año 1996, se registró una tendencia ascendente en el número de nuevos casos. A partir de 1997 la curva comenzó a descender, en coincidencia con la ya comentada aprobación y difusión de la Norma Nacional de Sida en Perinatología.

Evolución del número de casos de sida bianual total y por transmisión vertical en residentes de la ciudad de Buenos Aires 1983-2002

Año	Casos totales	Casos por T.V.
1983-84	2	
1985-86	12	
1987-88	114	22
1989-90	320	26
1991-92	716	36
1993-94	1.393	54

Año	Casos totales	Casos por T.V.
1995-96	1.751	58
1997-98	1.080	52
1999-00	728	28
2001-02	694	25
Total	6.810	281

Tal como fue comentado, desde enero de 2003 la Coordinación Sida (Secretaría de Salud, GCBA) implementó la notificación de partos de mujeres VIH reactivas ocurridos en el ámbito de la ciudad.

Hasta abril de 2004 han sido informados 185⁷ partos . Del análisis de estos datos se desprende que más del 40% de estas mujeres conoció su estatus serológico durante el embarazo, el parto o el puerperio; que más del 50% refirió tener o haber tenido una pareja VIH positiva y un 35% manifestó antecedentes de parejas usuarias de drogas inyectables. Tal como lo demuestra el cuadro siguiente, casi 7 de cada 10 mujeres infectadas que tuvieron sus partos en los hospitales de la ciudad de Buenos Aires conocían el estado serológico de sus parejas.

Estado serológico de las parejas de las parturientas VIH +

Parejas de mujeres parturientas VIH +	Porcentaje serología positiva	Porcentaje serología negativa	Porcentaje serología desconocida
159	58,5	10,7	30,8

La prevalencia en mujeres embarazadas es otro de los elementos a tener en cuenta al analizar la transmisión vertical. A través de la vigilancia centinela (que se viene realizando en la ciudad de Buenos Aires desde el año 1998) puede establecerse la siguiente tendencia.

Evolución de la prevalencia (%) en embarazadas en la Ciudad de Buenos Aires

Año	Número de estudios a mujeres embarazadas	Prevalencia de VIH (%)
1998	5.887	1,05
1999	8.787	1,30
2000	26.177	1,29
2001	19.666	1,03
2002	18.959	0,90
2003	21.082	0.83

Nuevos desafíos: anticoncepción y reproducción en personas VIH positivas

Anticoncepción y VIH

Los cambios reseñados en cuanto a la evolución de la epidemia, los conocimientos acumulados y los éxitos logrados a partir de esquemas terapéuticos eficaces que permiten prolongar y mejorar la calidad de vida de las PVVIH, nos sitúan frente a nuevos desafíos. Entre ellos, lo referente a la anticoncepción y los deseos de reproducción de las parejas seropositivas o serodiscordantes son áreas en las que es preciso dar respuestas efectivas.

A pesar de ello, las opciones anticonceptivas aparecen con poca frecuencia en la consulta y, si se abordan, las alternativas que se imparten desde los efectores de salud pueden resumirse en un término: preservativo.

Sin dudas, la primera recomendación para una persona o una pareja que vive con VIH es la de utilizar el preservativo siempre en sus relaciones sexuales. Su uso no sólo evita la transmisión del virus sino que previene de posibles reinfecciones. Pero conocemos que la realidad es mucho más compleja. En la práctica ocurre que hay personas que viven con VIH que no desean tener hijos, pero no pueden o no quieren usar el preservativo, o sus parejas no acuerdan con su uso.

El hecho que una persona viva con VIH no la vuelve usuaria espontánea del preservativo, en la medida en que comparte gran parte de las dificultades que tiene la población general para utilizarlo (Weller, 2001).

A su vez, siendo el preservativo masculino el método de referencia para prevenir la transmisión sexual del VIH, su eficacia anticonceptiva es más baja que, por ejemplo, las píldoras combinadas.

Es indiscutible que los anticonceptivos orales combinados son altamente eficaces como método contraceptivo, con un índice de Pearl menor al 1%.

No existe contraindicación para el uso de los diferentes métodos hormonales, ya sean píldoras, inyectables o implantes en mujeres VIH reactivas que no estén en tratamiento antirretroviral. En las que sí están recibiendo antirretrovirales, se recomiendan ciertos ajustes posológicos dependiendo del tipo de droga antirretroviral que utilizan, como describimos más adelante.

A pesar de no existir, hasta el momento, evaluaciones rigurosas de la eficacia anticonceptiva de las píldoras combinadas (ACO) en el contexto de las interacciones enzimáticas, el estado actual de los conocimientos en el tema plantea tener en cuenta lo siguiente a la hora de realizar un ajuste posológico en relación al efecto sobre la tasa plasmática del componente estrogénico (EE) (Delfraissy, J. et al. 2002):

Interacciones entre ARV inhibidores nucleósidos y Etil-Estradiol

ARV(Inhibidores nucleósidos)	Efecto sobre Etil-Estradiol	Adaptación posológica
AZT/zidovudina ddl/ didanosina dDdC/zalcitabina 3TC/lamivudina d4T/stavudina Abacavir	Ningún efecto	No es necesaria

Interacciones entre ARV Inhibidores de Proteasa y Etil-Estradiol

ARV (Inhibidores de proteasa)	Efecto sobre Etil-Estradiol	Adaptación posológica
Ritonavir	Disminuye la tasa en 40%	= 30 ug de EE
Indinavir	Aumenta la tasa en 24%	15/20 ug de EE
Nelfinavir	Disminuye la tasa en 47%	= 30 ug de EE
lopinavir	Disminuye la tasa en 42%	= 30 ug de EE

Interacciones entre ARV Inhibidores No Nucleosídicos y Etil-Estradiol

ARV (inhibidores no nucleosídicos)	Efectos sobre Etil-Estradiol	Adaptación posológica
Nevirapina	Disminuye la tasa en 19%	= 30 ug de EE
Efavirenz	Aumenta la tasa en 37%	15/20 ug de EE

En relación con el dispositivo intrauterino (DIU), diversos estudios reportan que no existe un incremento del riesgo de las complicaciones más frecuentes y temidas (expulsión, perforación uterina, infecciones, Enfermedad Pelviana Inflamatoria) en pacientes seropositivas (no severamente inmunocomprometidas: CD4 < a 200) en comparación con mujeres no infectadas que utilizan DIU. Los resultados sugieren que el DIU es un método anticonceptivo apropiado para ser utilizado por mujeres seropositivas que tienen acceso a los servicios médicos para el seguimiento (Sinei, S. et al. 1998) (Morrison, C. et al. 2001).

En relación con el uso de preparados con componente progestacional solo (orales, inyectables o implantes), los datos existentes los presentan como opciones aceptables en mujeres bajo tratamiento antirretroviral. También podría recomendarse la utilización de dispositivos intrauterinos liberadores de progesterona conjuntamente con los antirretrovirales (Delfraissy J. 2002) (Heard I. 2002).

A partir de la resolución N° 874/03 de la Secretaría de Salud, la ligadura de trompas es considerada como una alternativa válida en los casos

en que los otros métodos anticonceptivos no puedan ser utilizados por la mujer debido a dificultades de orden físico-clínico y/o psicológico y/o social (ver al respecto el Anexo I de la citada resolución). "La ligadura tubaria se realizará previo consentimiento informado de la mujer y no requiere de autorización judicial, ya que es una decisión que se encuentra en el ámbito de la esfera personalísima de la mujer y en relación directa con el médico o equipo interdisciplinario de salud tratante."

Obviamente, no existen contraindicaciones especiales para el uso de otros métodos tales como diafragmas, espermicidas, anticoncepción de emergencia, métodos de conocimiento de la fertilidad (calendario, secreciones vaginales, temperatura basal, etc.) solos o combinados (Portnoy F. y Weller, S. 2003).

La información y argumentos presentados buscan superar una visión inmediata en relación con el problema de la anticoncepción (y, como se verá más adelante, también de la reproducción) de las personas que viven con VIH. En este sentido, abordar esta cuestión con las parejas seropositivas o serodiscordantes exige, de parte de los efectores de salud, cierta flexibilidad respecto de la elección del método.

Una forma de dejar planteada en la consulta la necesidad de la "doble protección" (prevención de embarazos no deseados y de ETS/sida) es entregar preservativos junto con el método elegido por la persona, así como material gráfico sobre prevención y uso correcto del preservativo (Weller. S., 2001).

Como ya fue analizado por los organismos internacionales desde los comienzos de la epidemia, garantizar los derechos individuales de las personas (en este caso derecho a procrear en las mejores condiciones y a regular el número de hijos en las personas que viven con VIH) son prácticas que van en la misma dirección de detener la epidemia del VIH/sida.

Reproducción y VIH.

El ya mencionado mejoramiento en la calidad y esperanza de vida de las personas con VIH las lleva en muchos casos a modificar sus expectativas de realización de proyectos vitales, lo que incluye la maternidad y paternidad en las mejores condiciones posibles.

Dicho impacto ha posibilitado un replanteo fundamental en relación a conductas restrictivas en esta área, tales como las propuestas por el CDC de Estados Unidos y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva que, entre 1990 y 1993, impulsaron sendas recomendaciones tendientes a evitar la aplicación de procedimientos reproductivos asistidos a las parejas o personas afectados por el VIH. En aquel momento, esas pautas fueron escasamente cuestionadas teniendo en cuenta la consideración del sida como enfermedad fatal.

La evolución tecnológica aplicada a la reproducción ofrece actualmente alternativas concretas, eficaces y de bajo riesgo de transmisión tanto para los integrantes de las parejas seropositivas o serodiscordantes como de madre a hijo (Semprini 1997).

Aun sabiendo que las consultas pre-concepcionales son infrecuentes, resulta importante plantear las diferentes situaciones posibles (abordadas en las citadas Recomendaciones de la Secretaría de Salud del GCBA al respecto) en la atención de estas parejas. Esto es clave, por un lado, para actualizar los conocimientos acumulados hasta la fecha y, por otro, para incentivar que el tema de la reproducción esté presente en las consultas de aquellos servicios y efectores que atienden las personas que viven con VIH.

Una primera situación con la que los equipos de salud pueden encontrarse en su práctica cotidiana es la de una pareja serodiscordante en la que la mujer es VIH reactiva.

En este caso, cabe tener presente que la carga viral de la mujer embarazada es el mejor predictor de riesgo de transmisión vertical del VIH. Es por ese motivo que es clave recomendar la elección del momento de comenzar la "búsqueda del embarazo" orientándose, obviamente, a aquel de baja carga viral. También deberá tenerse en cuenta el esquema terapéutico que esté utilizando la mujer, habida cuenta del potencial efecto teratogénico de algunas drogas, tales como efavirenz, hidroxiurea, etc.

Para este caso de serodiscordancia, se recomiendan métodos de inseminación asistida. Si luego de un año no se consigue el embarazo, el problema sería asimilable a un caso habitual de esterilidad y por lo tanto, sería criterio de estudio y eventual tratamiento.

Una situación más compleja es la que se plantea cuando ambos miembros de la pareja son seropositivos o el varón es quien vive con VIH. Las técnicas de procesamiento del semen han logrado la reducción de los niveles de virus en la fracción inseminada en más de 10.000 veces, y constituyen una respuesta a los deseos de reproducción de estas parejas. En la actualidad y a nivel mundial, ya se han reportado los nacimientos de más de 500 niños con el empleo de estas técnicas, sin que se hayan constatado transmisiones a las madres ni a los hijos (Marina 1998) (Veiga 1999).

Cabe recordar en este sentido el trabajo fundacional publicado en 1992, en el que se reportaron 17 gestaciones en parejas serodiscordantes en las que el varón era VIH positivo, obtenidas mediante inseminación artificial tras la separación de los espermatozoides móviles del resto del eyaculado (técnica se conoce como lavado seminal). Este estudio informó que no se produjo ningún caso de infección por VIH en la madre ni en los neonatos (Semprini, 1992).

A la hora de planificar la procreación en este tipo de parejas resulta imprescindible, entonces:

- informar sobre los resultados obtenidos con las técnicas a emplear, y
- llevar a cabo estudios similares a los que se indican a parejas estériles, con el objetivo de descartar patologías asociadas que pudieran imposibilitar su aplicación.

Desde el punto de vista infectológico, el criterio más importante, igual que en el caso anterior, es que la carga viral del varón seropositivo sea baja. Además, con el fin de incrementar la tasa de embarazos y minimizar el número de inseminaciones, se aconseja estimular la ovulación utilizando para eso fármacos tales como las gonadotrofinas. Vale la pena aclarar a las parejas que la utilización de estas drogas entraña un mayor riesgo de gestaciones múltiples.

Como conclusión se podría afirmar que los resultados obtenidos por diferentes equipos que han utilizado esta técnica sugieren que el lavado seminal y posterior inseminación en parejas serodiscordantes es una técnica segura y reproducible. Aunque no pueda descartarse completa-

mente el riesgo de infección para la mujer tras la inseminación, este parece ser mínimo como lo demuestra la experiencia acumulada hasta la actualidad.

A su vez, la misión fundamental de esta técnica no es la desaparición total del riesgo con el que ya conviven estas parejas, sino su reducción cuando el deseo gestacional es importante.

En el caso de que ambos integrantes de la pareja vivan con VIH, las técnicas recomendadas surgen de combinar las descritas anteriormente para las parejas serodiscordantes.

Subrayamos la importancia de realizar los exámenes de carga viral para ambos miembros con el fin de elegir el momento mas apropiado y minimizar los riesgos de transmisión. También es clave evaluar la capacidad reproductiva de la pareja: espermograma en el varón y estudio ginecológico en la mujer, sobre todo si no tiene gestaciones previas.

Actividad sexual, fertilidad y embarazos en personas que viven con VIH

Algunos estudios realizados sobre mujeres y hombres que viven con VIH permiten contar con información sobre lo que ocurre con la sexualidad, la existencia de nuevos embarazos, la reproducción y los deseos de maternidad y paternidad luego del diagnóstico de VIH.

La investigación realizada por Chu et al. (1996) tuvo por objetivo conocer las tasas de embarazo en mujeres que vivían con VIH. Para ello utilizaron como fuente de datos las historias clínicas de 3.915 mujeres que tenían entre 15 y 44 años, infectadas por el VIH, y que estaban bajo tratamiento (1990-1994) en más de 90 establecimientos localizados en 11 ciudades de Estados Unidos.

El análisis de los datos al inicio del estudio mostró que 570 mujeres (el 14%) estaban embarazadas, y que las tasas de embarazo variaban de modo estadísticamente significativo en función de la edad de las mujeres, el estatus clínico y la etnia. No se encontraron variaciones en función de la vía de transmisión por la cual la mujer fue infectada por el VIH.

Las tasas de embarazo variaban de modo significativo en función de la edad de las mujeres: estaban embarazadas el 47% de las que tenían 15

a 19 años; el 30% de las de 20 a 24; el 18% de las de 25 a 29; el 11% de las de 30 a 34; el 5% de las de 35 a 39 y el 2% de las de 40 a 44. Las tasas mostraban también variaciones significativas en función del estatus clínico. Estaban embarazadas el 3% de las mujeres con sida y el 17% de las que estaban infectadas. También había variaciones por etnia pero no por factor de transmisión.

Una vez iniciado el estudio, los análisis de los datos por año mostraron que se embarazaba el 5.8% de las mujeres cada año. Era más posible embarazarse siendo infectada, menor de 25 años y de origen afroamericano. De entre las mujeres que estaban embarazadas al inicio del estudio, volvió a embarazarse un 12%. Esta tasa, ajustada por diferencias de distribución de edad y origen étnico, fue 12% más baja que la tasa de embarazo para todas las mujeres de Estados Unidos con edades entre 15 y 44 años, durante el año 1992.

Kline et al. (1995) estudiaron los factores asociados con embarazo y resolución de embarazo entre 238 mujeres infectadas por VIH, 55 de las cuales habían tenido un embarazo reciente ocurrido luego del conocimiento de la serología positiva al VIH. Los autores examinaron la influencia relativa de consideraciones biomédicas versus socioculturales en el comportamiento reproductivo. Estudiaron tanto las posibilidades de iniciar un nuevo embarazo como las de llevar a término o no el nuevo embarazo.

Algunos resultados relevantes del estudio:

- Casi la mitad de las mujeres tenían historia de uso de drogas inyectables o crack, y habían sido diagnosticadas en promedio hacía dos años. Más del 50% eran sexualmente activas. El 83% decía no querer tener más hijos en el futuro, sin embargo sólo el 65% usaba métodos anticonceptivos de modo consistente y sólo el 46% usaba preservativos de modo consistente.

- El perfil de las mujeres que quedaron embarazadas (55 mujeres) fue el siguiente: las mujeres eran más jóvenes, con menos años de educación y con mayor actividad sexual. Estas mujeres habían reportado también mayor número previo de gestas y abortos, y era menos probable que utilizaran métodos anticonceptivos de modo regular. También era más probable que dijeran querer tener hijos y

que tuvieran parejas que deseaban tener hijos.

- En cuanto a la resolución del embarazo, aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas se hizo un aborto. Uno de los hallazgos más significativos era la influencia del estado de salud de la mujer: más del 60% de las mujeres con buen estado de salud continuaron el embarazo, versus el 30% de las que presentaban síntomas.

Las consideraciones biomédicas que relacionan el estado de salud de la madre y el riesgo de transmisión al bebé tienen un gran impacto en las decisiones que rodean la resolución de continuar o no el embarazo pero no así en la probabilidad de quedar embarazada. El estudio muestra también la importancia de la historia reproductiva de la mujer para entender su comportamiento actual y brinda evidencias sobre la consistencia del comportamiento reproductivo a lo largo del tiempo. La infección por VIH, por sí misma, no parece modificar significativamente las tendencias anteriores.

En otro estudio más reciente, (Chen et al., 2001) se entrevistó en 1998 a 1.421 adultos infectados por VIH, quienes formaban parte del HIV Cost and Services Utilization Study, una muestra probabilística representativa nacional de 2.864 adultos infectados que estaban recibiendo cuidado médico en Estados Unidos.

El estudio se proponía mejorar la comprensión sobre la cantidad de personas que vivían con VIH y que deseaban tener hijos en el futuro, así como las posibles variaciones de estos deseos en función de características individuales y socio-demográficas y del estado de salud por causa del VIH.

En total, 28-29% de los hombres y mujeres infectados por VIH que estaban recibiendo cuidados médicos en Estados Unidos, deseaba tener hijos en el futuro. Entre aquellos que deseaban tener un hijo, el 69% de las mujeres y el 59% de los hombres esperaban tener uno o más hijos en el futuro. La proporción de mujeres infectadas por el VIH que deseaba un hijo en el futuro es de alguna manera inferior a la proporción presente en la población general de mujeres de Estados Unidos. Los deseos de tener un hijo en personas infectadas por VIH no siempre coinciden con los de sus parejas: casi el 20% de los hombres seropositivos que deseaban un hijo tenía una pareja que no quería. En general, las personas que desean tener un hijo son más jóvenes, tienen menos hijos y

reportan mejor estado físico que los que no quieren tener hijos, si bien el querer tener hijos no está relacionado con el estado de salud en cuanto a la progresión del VIH.

Diferentes investigaciones realizadas en Brasil⁸ en años más recientes permiten confirmar las tendencias de los estudios realizados en Estados Unidos.

Paiva et al. (2002a) entrevistaron a 1.068 mujeres con VIH, que tenían 18 años o más, y que eran atendidas en tres grandes centros de referencia en el Estado de San Pablo. Las entrevistas tuvieron lugar entre septiembre de 1999 y febrero de 2000.

La mayoría de las entrevistadas (54%) tenía pareja y actividad sexual al momento de la entrevista. Comparado con resultados de la pesquisa sobre comportamiento sexual de la población brasileña (CEBRAP, 1999), el porcentaje de mujeres sexualmente activas era menor (54% en el grupo, 70% en la población general brasileña).

Considerando todas las entrevistadas (1.068), el 73% tenía hijos (en promedio 1.8 hijos) y 28 mujeres estaban embarazadas al momento de la entrevista. Una fracción importante de ellas (el 15%, es decir 143 mujeres), deseaba tener hijos, y 18 mujeres tenían dudas al respecto. Entre las más jóvenes, la proporción de mujeres que deseaba tener hijos era mayor. La inmensa mayoría de las mujeres que deseaba tener hijos, no tenía ningún hijo o tenía sólo uno.

Otro estudio realizado también sobre mujeres con VIH brasileñas (Santos et al. 2002) (N= 148) que eran atendidas en un centro ambulatorio de referencia de la ciudad de San Pablo mostró los siguientes resultados. Las mujeres tenían una edad media de 32 años y, desde el momento en que tomaron conocimiento de su diagnóstico, menos de la mitad continuó su vida sexual activa. Más de la mitad refirió estar en pareja. La mayoría de las mujeres (76%) tenía hijos. En promedio tenían 2 hijos, algunas tenían hasta 7 hijos. De las 119 mujeres que tenían hijos, 36 los tuvieron luego de saber que eran positivas. El 21% dijo de modo explícito que tenía voluntad de tener hijos en el futuro; la mayoría de estas mujeres no ha tenido hijos, o está en una nueva relación.

La variable "querer tener hijos" se asoció de modo significativo exclusi-

vamente con las siguientes variables: edad, número de hijos vivos, vivir con el hijo, tener motivación para luchar por la vida.

En la ciudad de San Pablo, Paiva et al. (2003) realizaron una investigación sobre sexualidad y reproducción en 250 hombres con VIH, que se reconocían como "hombres que tenían relaciones sexuales con mujeres". El estudio mostró los siguientes resultados: el 80% de los hombres tenía parejas sexuales, un 43% quería tener hijos, especialmente aquellos que todavía no tenían. El 38% de los hombres había tenido relaciones con hombres, y un 23% en el último año. El deseo de ser padre no variaba por ser o no bisexual.

De los estudios reseñados se pueden desprender las siguientes tendencias comunes:

- El comportamiento reproductivo de las personas está más ligado a su historia previa que al hecho de tener VIH.
- Los datos no dicen que las personas eviten el embarazo por tener VIH o sida. Sí, en cambio, que esta situación de salud incide en la decisión de llevarlo o no a término.
- Los estudios que compararon sus datos sobre PVVS en el marco de los datos disponibles sobre población general indican que las PVVS tienen un comportamiento similar al de la población general, aunque se detectan valores levemente inferiores en cuanto a la actividad sexual y al deseo de tener más hijos.

⁵ Desde octubre de 2002, se inició en la ciudad la notificación de las personas a las que se les diagnostica infección por VIH, consignando entre otros datos, el estadio clínico al momento del diagnóstico. Desde enero de 2003 también se incorporó la notificación obligatoria de partos de mujeres VIH-reactivas.

⁶ Fuente de datos: Área Epidemiología de la Coordinación Sida del GCBA.

⁷ Estas cifras representan alrededor del 70% de los partos de mujeres VIH reactivas ocurridos durante el 2003. Dado lo reciente de la implementación, falta incorporar los datos de las maternidades de algunos hospitales.

⁸ Conviene tener presente que en Brasil, al igual que en Argentina, todas las personas que viven con VIH tienen acceso gratuito a tratamiento y medicación provistos por el Programa Nacional de VIH/sida.



La investigación

La epidemiología del VIH/sida en la ciudad de Buenos Aires muestra el aumento de la proporción de la población heterosexual en edad reproductiva dentro del total de personas que se enfermaron de sida en el año 2002, con el consecuente impacto potencial en el aumento de la transmisión vertical del virus. Asimismo, la información disponible de hospitales y centros de salud muestra que casi todos efectores de salud de la ciudad están diagnosticando y/o atendiendo PVVS en general y en particular mujeres embarazadas afectadas por el VIH.

¿Qué respuesta estamos dando como sistema de salud a la vida sexual activa, la fertilidad, los deseos de tener hijos o no tenerlos, de las PVVS? Esta pregunta organizó la investigación.

Todos sabemos que la "Recomendación Número Uno" es promover el uso de preservativo, con el triple objetivo de prevenir reinfecciones, nuevas infecciones en parejas sexuales supuestamente no infectadas y embarazos no deseados (en su calidad de método anticonceptivo)⁹. Sin embargo, la información epidemiológica de nuestro país, así como la reportada por investigaciones realizadas en otros países, la realidad cotidiana de las personas que viven con el virus así como las situaciones que afrontan los servicios de salud ponen de manifiesto que la respuesta de la población es bastante más heterogénea:

- Hay personas que usan el preservativo de modo constante,

- Hay personas que querrían usarlo pero encuentran obstáculos de diferente orden para hacerlo (conseguirlos, acordar el uso con la pareja, etc.),
- Hay personas que quieren tener hijos y de hecho los tienen,
- Hay personas que no querrían tener hijos ("para siempre" o "por el momento"), pero no pueden usar el preservativo de modo constante y requerirían un método anticonceptivo extra.

El objetivo general de la investigación era identificar los factores culturales, institucionales y subjetivos que facilitan u obstaculizan la atención de la reproducción y anticoncepción en PVVS con el fin de contar con insumos que permitan trazar líneas de gestión apoyadas en estas realidades.

Los objetivos específicos eran:

- 1) Identificar los grados de conocimiento y preocupación, así como las actitudes que los diferentes grupos de profesionales y los usuarios/pacientes tienen sobre este problema
- 2) Identificar las opiniones de los integrantes del equipo de salud ante los deseos de las personas de regular su fecundidad así como tener un hijo en el momento más adecuado para la patología de base
- 3) En los casos en los que ya se estuviera trabajando sobre estos problemas, identificar el tipo de prácticas que se estaban llevando adelante
- 4) Conocer las opiniones de los profesionales y los usuarios de los servicios sobre las políticas que la Coordinación Sida busca impulsar para avanzar en el cumplimiento de las Recomendaciones, a saber: la conformación de por lo menos un lugar de referencia en la ciudad para asesorar e intervenir en los procesos reproductivos de las PVVS e institucionalización de prácticas de anticoncepción en PVVS como parte de la respuesta de los equipos de los diferentes hospitales y centros de salud.

Para obtener esta información se trabajó con entrevistas tomadas de modo individual a médicos infectólogos, obstetras que tuvieran

experiencia en embarazo y VIH/sida, ginecólogos con trabajo en salud reproductiva y procreación responsable y personas con VIH en edad reproductiva usuarias de los servicios públicos de salud. Se tomaron en total 40 entrevistas entre diciembre del 2002 y octubre del 2003, los criterios de selección respondieron al llamado "muestreo teórico" (profesionales de hospitales y centros de salud, con gran volumen y bajo volumen de consultas; para el caso de personas con VIH, se buscó cubrir varones y mujeres, con hijos y sin hijos, y de diferentes edades). El estudio no pretende obtener resultados generalizables, sino reconocer un abanico de situaciones que efectivamente están ocurriendo hoy en nuestro sistema de salud, y que dan cuenta de la complejidad del problema.

El equipo que llevó adelante este proyecto de investigación diseñó las guías de entrevistas, que fueron presentadas junto con el Proyecto al Comité de Ética del Hospital Muñiz (Octubre del 2002) para su revisión y aprobación. Las entrevistas fueron administradas por profesionales (una médica, un antropólogo y una socióloga) con entrenamiento en este tipo de trabajo. Con el consentimiento informado de los entrevistados, las entrevistas fueron grabadas y posteriormente desgrabadas para su análisis.

El análisis de las entrevistas se realizó de acuerdo a los siguientes pasos:

1) Lectura de cada entrevista como unidad de análisis. Este tipo de lectura permite rescatar la lógica que sigue el entrevistado en sus argumentaciones, e incluye tanto las secuencias racionales como la aparición de marcas subjetivas en el modo de lapsus, contradicciones, tonos de voz, cambios de clima, risas.

2) Lectura de todas las entrevistas del mismo "grupo" de entrevistados; esto es entrevistas a médicos infectólogos, médicos obstetras, médicos afectados al programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PSRPR), usuarios del sistema de salud (personas que viven con VIH). Este nivel de análisis permite detectar las regularidades del grupo, así como la existencia de abanicos de respuesta vigentes en el mismo.

La lectura comparativa de los cuatro grupos facilita la detección de

especificidades así como la existencia de rasgos comunes, más allá de la inserción de los entrevistados dentro del sistema. La comparación de los resultados por grupo funciona también como herramienta de triangulación metodológica, en la medida en que, por el propio diseño del estudio, se ha buscado acceder a un mismo problema desde diferentes ángulos o fuentes de información.

3) Lectura de todas las entrevistas como corpus, lo que permite trazar ciertos rasgos que hacen al problema bajo estudio, como la existencia de circuitos más o menos logrados, el flujo de derivaciones o la existencia de ruidos dentro del sistema.

A continuación se presentan los resultados finales luego de realizar los tres tipos de análisis reseñados, organizando la información por temas.

⁹ Conviene destacar que esta sería también la recomendación más indicada para personas que desconocen su serología respecto del VIH así como la de sus parejas sexuales.



Resultados del estudio: posiciones y prácticas desde la voz de los actores

De las múltiples formas posibles de presentar los resultados del estudio, se ha privilegiado una modalidad que está centrada en los problemas de atención y en los circuitos, así como en los vínculos que se establecen entre los diferentes profesionales entre sí y con los usuarios del sistema. Es por ello que no se han organizado los resultados por grupos (los infectólogos, los pacientes, etc.) sino por temas. Los temas se han desplegado a partir de los testimonios de los diferentes entrevistados.

Para quienes estén menos familiarizados con la presentación de estudios de carácter cualitativo, conviene tener presente algunos "códigos". El análisis de las diferentes entrevistas no apunta a obtener resultados cuantificables sino describir situaciones recurrentes o "comportamientos típicos" (identificar patrones o pautas). En muchas ocasiones se hace referencia a "la mayoría" de los entrevistados, pero no se hace cuantificación de estos resultados pues no es este el espíritu de las investigaciones de esta naturaleza. Las afirmaciones se basan en la lectura reiterada de las entrevistas, y los ejemplos que se muestran tienen valor no sólo por su singularidad, sino porque los autores entienden que esos textos logran expresar de modo particularmente elocuente situaciones que se han detectado en varias entrevistas.

Por esto mismo, por entender que lo dicho por una persona puede expresar lo pensado o actuado por otras, es que se ha obviado toda referencia a la pertenencia institucional de los entrevistados al momento de presentar los resultados. Esta decisión apunta también,

lógicamente, a preservar la confidencialidad de lo conversado en el marco de las entrevistas. Al final de cada fragmento de entrevista se aclara siempre entre paréntesis la categoría del entrevistado y el sexo del mismo. En los casos en que el profesional se desempeña dentro de un centro de salud, esto se ha aclarado. Se han mantenido los nombres de los hospitales a los que aluden los profesionales y/o los usuarios, por entender que estas referencias permiten recuperar la historia y las singularidades de la organización de nuestro sistema en general, y en particular para la atención de la problemática del VIH/sida.

Los equipos de salud: composición y características diferenciales

Las entrevistas comenzaban por una serie de preguntas que apuntaban a comprender las condiciones en las que los profesionales realizaban su trabajo.

Una primera forma de ver el trabajo de los equipos de salud es a través de los relatos de las PVVIH sobre cómo tomaron conocimiento de su diagnóstico y sus diferentes trayectorias dentro de los servicios de salud. Dado que los usuarios han iniciado sus recorridos con referencia al VIH/sida en diferentes momentos entre los años 1986 y 2001 (años en los que fueron diagnosticados), sus testimonios son una fuente muy rica para conocer cómo fueron variando las modalidades de atención. De sus palabras se puede recuperar un camino que va de profesionales trabajando aisladamente a la construcción de equipos. También se menciona que con el paso del tiempo se fueron formando grupos de autoayuda y de apoyo coordinados por psicólogos.

Los usuarios de los servicios valoran el "trabajo en equipo" por sobre el trabajo de personas aisladas, pues esta metodología es la que permite dar una respuesta integral a las diferentes dimensiones del problema. Dice por ejemplo una mujer:

"El médico tiene su tarea que es la de: vas, estás enferma, tenés algo, te receta lo que tenés que tomar, pero yo creo que en ese momento tendría que haber, aparte del médico, un psicólogo y un sociólogo (...) lo que pasa es que todas las personas no son iguales, el ser humano es muy complejo y nuestra reacción puede ser diversa, hay gente que se queda muda, hay gente que sale de ahí y

empieza 'ahhhh' a los gritos, hay gente que sale de ahí y se quiere matar...".

Las entrevistas con los profesionales también mostraron que, de modo general, están trabajando en equipo.

"El servicio somos tres infectólogas que estamos nombradas como infectólogas y... que hacemos todo, digamos consultorio y sala y atendemos infectología en general, no solamente sida, y después hay un concurrente y una médica que es clínica de guardia que también es infectóloga y viene dos veces por semana al servicio en forma voluntaria, y una médica que terminó hace poco la residencia en infectología que fue residente clínica del hospital y que está viniendo al hospital también en forma voluntaria y viene cuatro veces por semana. [Además] trabajamos junto con una... con el servicio social, que por ahí hay una asistente social que es la que está más con nosotros... eh alguna gente de psicopatología que sigue los pacientes, hay una residencia de educación para la salud en el hospital que son los que hacen el pre test y el post test de HIV, así que trabajamos mucho con ellos y además hacen counseling para los pacientes y familiares de pacientes con HIV" (infectóloga).

"El equipo está constituido por dos tocoginecólogas, una obstétrica, una psicóloga y una trabajadora social. Lo que estamos haciendo es, a partir de la capacitación que tuvimos este año... estamos empezando a tener experiencias con talleres en sala de espera con algunas preguntas sobre qué conoce la población sobre el VIH. Estoy también en Procreación Responsable, yo participo en el taller con la socióloga los días martes, son dos horas en donde repartimos, en realidad es algo compartido pero nos repartimos. Básicamente ella da la parte de sexualidad y yo doy toda la parte de métodos" (médica obstetra de centro de salud).

Así, en sus relatos se refieren de modo espontáneo a personas con las que trabajan juntas de modo cotidiano, a relaciones frecuentes de trabajo en equipo e interconsulta con otros profesionales y equipos, así como relaciones con servicios de otros hospitales. Merece destacarse que prácticamente todos los entrevistados, si bien enfatizan la importancia del vínculo con los pacientes como algo personal, hacen extensiva la confianza a todo su equipo y al hospital en su conjunto.

No todos los profesionales atraviesan los mismos derroteros dentro del sistema de salud. Los infectólogos son los que han comenzado más de "cero" en la atención de la epidemia, han vivido momentos de gran soledad, y han ido formando equipos a partir de los vínculos de trabajo que fueron forjando en la atención de los pacientes. Han tenido también ciertos grados de autonomía para organizar su trabajo y para crear espacios de capacitación.

"No somos un servicio, somos un grupo de trabajo (...) en definitiva somos dos las que hacemos infecciosas (...) ahora nos pidieron los residentes que quieren hacer infecto este año... eh empezar a rotar, así que creo que ahora en diciembre empiezan a venir residentes de clínica de este hospital; aparte de que van a hacer una rotación por el Muñiz" (infectóloga).

A diferencia de lo observado en el grupo de los infectólogos, los profesionales de obstetricia, aun los que se dedican de modo específico a un problema relativamente reciente como es el del VIH/sida, parecen vivir en un mundo más ordenado, donde no se sienten tan solos. El pertenecer a servicios instituidos y con larga tradición dentro del sistema les daría la ventaja de estar mejor ubicados en cuanto a lugares físicos de trabajo, recursos, equipo. Tal vez la desventaja sea la de estar sometidos a relaciones con menores márgenes de autonomía. Algunos profesionales de obstetricia asumieron los casos de embarazo y VIH por pertenecer a o venir trabajando en "embarazo de alto riesgo". Otros son "especialistas en embarazo y VIH", esto es especialmente así para los más jóvenes (los que tienen alrededor de cuarenta años).

Los relatos de los profesionales que trabajan en el PSRPR muestran una alta variedad de situaciones que van desde profesionales que trabajan en soledad hasta equipos que cuentan con una composición que no necesariamente se ha basado en una planificación intencional, sino más bien en las voluntades convocadas en cada lugar para trabajar la temática. Se menciona con frecuencia el desempeño actual o pasado de personas no rentadas, así como de modo recurrente la pérdida de integrantes del equipo por falta de renta o por ser desafectados del trabajo en el Programa para desempeñarse en el hospital o centro de salud en otras actividades.

"Pero lo que pasa es que a los directores no les interesa, si no mirá lo que me pasó a mí... tenía tres médicos y me sacaron uno (...) ahora tenemos sólo dos médicos y un consultorio que es de terror. También tenía psicólogas y asistente social... las psicólogas no siguieron viniendo porque lo hacían ad honorem y aunque tratamos de conseguirles un nombramiento no se pudo... y la asistente social... y bueno... no daban abasto en el servicio, necesitaban otra y ¿de dónde la sacaron? de mi consultorio..." (tocoginecóloga PSRPR).

A partir de lo dicho por los profesionales del PSRPR, aparece la necesidad de contar con un equipo interdisciplinario, en algunos casos desde la valoración de lo que el otro con su saber diferencial puede aportar, y en otros casos como "auxiliares" de los profesionales médicos. No sería casual esta mención a la necesidad de equipos, dado que parecen ser los más aislados y que se guían por sus propios criterios. Esta falta de vinculación se vuelve más notoria por el contraste con la articulación que se da entre las otras especialidades; del mismo modo se puede observar el peso que tienen los criterios de quienes dirigen las instituciones sobre la importancia de las diferentes actividades, hecho que se expresa en la asignación o falta de asignación de profesionales a los diferentes equipos.

El trabajo más articulado para la atención de las PVVIH parece darse entre los infectólogos, los obstetras y los neonatólogos, con diferente participación de profesionales de otras disciplinas como obstétricas, trabajadores sociales, psicólogos y equipos de profesionales de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEPS). En algunos hospitales ocupan un lugar novedoso y significativo, como colaboradores de la tarea, personas no profesionales (agentes de salud, PVVS capacitadas para el trabajo en salud).

Esto muestra una transformación cualitativa en cuanto a quiénes son los actores vinculados a los procesos de atención de la salud y la enfermedad, así como también una ampliación del concepto de calidad de la atención, que permite la existencia de nuevas miradas y nuevos saberes. El hecho de que los equipos de profesionales habiliten el trabajo de personas que viven con VIH muestra también que ellos están pudiendo ver no sólo a "un paciente" sino también a una persona con posibilidades de adoptar un rol activo

y terapéutico en la atención de otros pacientes.

Con excepciones, la mayoría de los médicos hace alusión a diferentes tipos de relación con los otros profesionales. Se detectan relaciones de tipo simétrico (pares) y de tipo jerárquico (colaboradores).

- Pares/interconsulta: infectología, neonatología, ginecología, médicos del PSRPR.
- Colaboradores: las obstétricas, el servicio social/las asistencias sociales, los psicólogos/psicopatología, psiquiatría. Se mencionan también agentes de salud y trabajos recientes con PVVIH en el rol de agentes de salud.

Referencia y contra-referencia: derivaciones por vías formales e informales

Es notable la existencia de diferentes tipos de circulación de pacientes: en algunos casos las derivaciones siguen los circuitos formales y en otros se observa la presencia de una variedad de caminos informales de derivación. En algunos casos, estos circuitos se han ido construyendo por la propia historia de la epidemia y el modo en el que la misma se fue apoyando en profesionales concretos que fueron ganando prestigio por sus prácticas de avanzada; en otros casos, la existencia de trabajos de investigación multicéntricos ha generado redes por fuera de los circuitos municipales formales. En determinados casos, la derivación de debe a la existencia o no de ciertos servicios dentro de los hospitales (hospitales donde no hay servicios de obstetricia, o donde no se puede contar con ciertas prestaciones, etc.).

Si bien los profesionales que trabajan en los centros de salud tienen como referencia a los hospitales de cabecera, no se detectó en ningún caso una situación inversa. Los profesionales que trabajan en los hospitales no cuentan en su red de derivaciones con la existencia de los profesionales o equipos que se desempeñan en los centros de salud. En general su horizonte se agota en las fronteras del hospital, lo que denota una representación específica sobre la función del primer nivel. Así, se pierde la posibilidad de contar con recursos sumamente valiosos para el trabajo con los pacientes y en la atención del post parto.

Los profesionales de los hospitales realizan y/o reciben derivaciones del

hospital, hacia o desde servicios de otros hospitales del sistema o del conurbano bonaerense. Se hace mención, en pocos casos, al trabajo con fundaciones y organizaciones no gubernamentales, y derivaciones a lugares de atención privados para el caso de realización de prácticas que no existen dentro del sistema público (reproducción asistida en parejas serodiscordantes).

Una historia breve pero con muchos cambios

Tanto en las entrevistas a profesionales como a las PVVIH aparecen múltiples referencias al paso del tiempo, al "antes" y al "después"; las referencias históricas vinculadas a los momentos de la epidemia del sida son permanentes, y estos cambios en las percepciones y en los tratamientos han tenido alto impacto en cómo se fueron conformando las prácticas y los equipos, así como la relación con más profesionales.

"Porque acá se inicia fundamentalmente el consultorio de infecto, por la necesidad de atender pacientes HIV. O sea infecto no surge por enfermedades infecciosas, porque acá se empieza a hacer diagnóstico [de VIH] empiezan a aparecer [pacientes] y bueno entonces había un médico que era concurrente del Muñiz. Él inicia entonces el consultorio donde lo que más veía era pacientes HIV" (infectólogo).

"El hospital empezó a recibir la realidad un poco de lo que le pasaba a los otros hospitales, el desborde de los hospitales supuestamente especializados y la llegada de los primeros pacientes HIV positivos. La realidad era que acá nadie quería tratarlos demasiado, como era un poco la situación general con todos los pacientes y que aún hoy de alguna manera un poco subsiste... como que los pacientes HIV tienen que ir al hospital Muñiz o al Fernández ¿no?" (infectólogo).

Las referencias más frecuentes son al miedo que se tenía al comienzo, la discriminación por temor que generaba la sola presencia de los pacientes, la angustia que ocasionaba el diagnóstico, la imagen de la muerte ligada al diagnóstico, los cambios producidos por la introducción de las diferentes generaciones de medicamentos (especialmente en 1996-1997), la oferta del testeo a las mujeres embarazadas y modificaciones más recientes como es el caso de la participación de las PVVIH en los servicios, la existencia de leche modificada para entregar a las mujeres, los inhibidores de lactancia y los test rápidos. Ya men-

cionamos en el punto anterior cómo desde los relatos de los usuarios se comprueba la progresiva conformación de equipos y recursos alternativos dentro del sistema, incluida como fue dicho la participación de "pacientes-usuarios" en los procesos de atención.

Cada cambio se ha ido expresando tanto en nuevas percepciones del problema como en la modificación de prácticas. Es frecuente que las personas usen expresiones fuertes para indicar estos cambios incluso a nivel personal ("nos cambió la cabeza", "nos fuimos dando cuenta", "la experiencia nos fue enseñando", etc.).

"Vos sabés que el Muñiz tiene servicio de obstetricia pero no tiene para atender un parto. Entonces no sabía que hacer [risas] con las embarazadas y nosotros tampoco sabíamos qué hacer [risas]. Bueno, hubo que operarla [a la primer mujer embarazada con VIH que atendieron]. No sabíamos qué hacer, cómo vestirnos, no sabíamos nada. Estábamos muy asustados todos, no sabíamos como tratarla; y bueno, después vino una avalancha de pacientes, o sea, esa quedó muy conforme..." (médica obstetra).

El testimonio de la médica permite observar también la sorpresa que ocasionó al sistema el cambio de perfil de la epidemia, que en principio afectaba de modo visible a hombres (homosexuales o usuarios de drogas). Pone de manifiesto también la iniciativa de los equipos, y su capacidad de aprendizaje en función de la necesidad y basándose en la experiencia (aprendizaje pragmático).

Los cambios transcurridos son señalados en los relatos de las entregas de resultados, cómo se entregaban antes y ahora. Se encuentran relatos semejantes y consistentes entre profesionales y usuarios.

"No me charló de que podía vivir muchos años, de que esto, porque creo que, incluso, ni hasta ellos sabían mucho del tema o si sabían, lo poco que sabían, tal vez eran tan pocos trabajando que tampoco tuvo tiempo para informar, porque eran muy pocos trabajando. Yo sé que hoy sí, sé que hoy en día hay un equipo entregando los resultados, seguramente lo charlarán y lo hablarán de otra manera, no sé porque no he estado cuando lo han entregado a alguien, pero sé que es así, por lo menos en el hospital donde me atendí es así" (mujer diagnosticada antes de 1990).

"Cuando esto no estaba organizado por ahí pasaba que veían un ELISA positivo y las citaban para el mismo mes con otro médico, entonces vos tenías siete meses con ELISA positivo y te tenía que dar un informe a los ocho meses otro médico que no te conocía, entonces era todo un rollo, llegaba tarde a todos lados ¿viste? En cambio ahora uno ya sabe que si es ELISA positivo si querés lo resolvés porque tenés con quién resolverlo y si no lo querés lo derivás a un colega de la misma especialidad tuya que se encargue de hacerlo" (infectólogo).

"Hay un equipo armado y en permanente renovación que crece que crece que se achica que crece que se achica que crece, una especie de fuelle, pero siempre hay mucha gente" (médica obstetra).

Con excepciones, los profesionales de Salud Reproductiva parecen ser los más ajenos a la problemática, de hecho manifiestan tener poco contacto con pacientes que expresan en la consulta que viven con VIH.

El paso del tiempo parece haber ido cambiando no sólo lo que se conoce sobre la enfermedad y los recursos tecnológicos para hacerle frente sino también las opiniones o posturas personales frente a las PVVIH, sus posibilidades de reproducción, etc.

Relaciones médico-paciente

Los profesionales han recorrido, en pocos años, un largo camino desde la angustia con que enfrentaron el momento de los primeros resultados positivos, el no saber qué hacer, los prejuicios y el rechazo a atender PVVIH al trato "VIP" (como algunos entrevistados refirieron) que las mismas reciben actualmente en la mayoría de los servicios de salud estudiados: los "llevan de la mano de una consulta a otra", escriben "cartas de amor" a otros profesionales para lograr un turno o atención preferencial para estos pacientes.

Desde los profesionales hay una especie de escisión entre lo que piensan, dicen u opinan como personas y lo que "corresponde" decir u opinar "como médico". Tal vez por este motivo -entre otros- hablar de sexualidad con los pacientes es entrar en un terreno de "confidencias" o de "intimidad" que aparece connotado como "poco profesional".

"Entrevistador: Con las pacientes que son seropositivas tienen alguna charla específica acerca de sexualidad, de protección, o sea, de continuar la protección de la reinfección?"

Obstetra: Lo que yo le sugiero a la paciente es a pesar... bueno, una vez que ya han tenido a su bebé, eh... que ellas se tienen que seguir cuidando y bueno, ese es un comentario que hacemos así como si fuera en familia digamos, como si fueran dos amigas¹⁰ que están hablando" (médica obstetra).

Esta escisión del "médico" y la "persona" se expresa también en algunos ruidos de la comunicación vinculada a las decisiones reproductivas: así, si bien desde el "consejo médico" plantean que "no hay 100% de seguridad de tener un hijo sano o sin infección", como "persona", pueden comprender los deseos de tener hijos de los pacientes.

"Lo que yo aconsejo como persona (...) como médico, o sea que nadie te va a dar una posibilidad de decir que te va a nacer el nene un 100% que no sea portador. Yo aconsejo de no embarazarse, por las complicaciones porque muchas veces más la mamá... hay drogas que no se permiten durante el embarazo, hay que cambiar esquemas terapéuticos que por ahí no se toleran bien, entonces es complicado. La mayoría se embaraza, en el sentido que si me piden un consejo yo trato de decir que no, pero bueno qué sé yo, está en cada uno hacer lo que uno quiere" (infectólogo).

La dificultad de considerar como "profesional" o como parte de la "consulta médica" una intervención que contemple aspectos subjetivos además de los biomédicos, se expresa con mucha fuerza en el testimonio de una médica obstetra, quien refiere mantener cursos de actualización de modo permanente para trabajar de un modo más integral:

"Es una cuestión de tratar mucho a la gente, creo que es una cosa un poco intuitiva, no es muy científico lo que te estoy diciendo, te quiero decir que una ya con los años, no sé cómo ni me preguntes por qué pero uno da en el clavo justo preguntando algunas cosas (...) Yo hice muchos años, y sigo haciendo, cursos de embarazo adolescente o sea curso de pre parto, creo que lo que más me preocupa es llegar a la gente como para que fuera de la consulta médica también haya una persona que escucha alguna otra cosa, obviamente esto a veces se trans-

forma en un consultorio sociológico y uno se engancha y conoce muchas historias por charlas (...) si uno puede colaborar en algo a veces uno se pone en una postura que no sé si es médica o sea tratar de solucionar algunas cuestiones sociales o sugerir, aconsejar, mandar al psicólogo, o que traiga a la pareja" (médica obstetra).

En cambio, los pacientes parecen poder ver a la "persona" en la figura del médico, tanto en sus aspectos positivos como negativos. Pueden comprender sus dificultades para dar un diagnóstico, para no poder dar más contención, para hablar de sexualidad, pero también pueden ver la discriminación en la mirada, aunque el discurso sea el "políticamente correcto".

"Como una vez dijo el médico: 'A veces no sabemos qué hacer con tal paciente', entonces creo que hasta a veces a ellos, ni siquiera ellos tienen la contención. Yo te digo, es variado, yo me voy dando cuenta porque tengo muchos años, porque veo gente, porque he estado en otros lados" (mujer).

"Yo sé, comprendo que ellos están podridos, que muchos de nosotros son muy pesados, que les duele la uñita y ya estoy: 'Doctor, me duele la uñita, me voy a morir', yo lo comprendo eso, tengo a mis mismas compañeras que parece que ya se están muriendo, pero qué sé yo, nunca se sabe si el que vino realmente está mal y capaz que por no atenderlo se fue..." (mujer).

"Bueno, el profesional, porque tiene 25 mil quilombos. Acá trabaja gratis y en su casa trabaja de... porque cobra. Entonces, tiene 10 mil quilombos, acá, en la casa, los problemas de la familia, como todos, si es un ser humano" (varón).

"Me sentí más perdida que él, porque imagínate que te dé una noticia él, un médico que se ve que era, él me dijo: 'Es la primera vez que tengo que decir esto', así que también era... yo calculo que tendría un año o dos años más que yo, era un médico relativamente joven y me dice: 'Es la primera vez que tengo que dar esta noticia y me toca dártela', estaba más perdido que yo" (mujer refiriéndose a cuando le dieron el resultado positivo).

"Sí, me sentía bien, porque no era así como, qué sé yo, como medio que por ahí como que te hacen, aunque no crean ellos, pero te hacen

ver si vos tenés esta enfermedad te hacen, ahí medio que no, te atienden como este doctor, a mí me gusta como atiende el doctor, porque es una persona que no te discrimina nada y el médico que estaba allá también, me atendía bien, te hacía sentir una persona normal que no tenía ningún tipo de enfermedad, nada" (mujer).

Algunos pacientes expresan de modo espontáneo desencuentros con profesionales psicólogos. En ciertos casos por no tener una visión clara del rol profesional:

"No sé qué preguntarle a la psicóloga, qué plantearle, no sé en qué me tiene que ayudar" (varón).

En otros casos, por percibir una actitud distante por parte del mismo:

"La primera vez, ya te digo, que fui a esta psicóloga, fue realmente lamentable porque, o sea, no tenía llegada en absoluto al paciente, en el caso era yo pero me di cuenta de que bueno, es igual con cualquier otra, eh... y... ya te digo, le comenté yo, hablé yo, ella no me dijo nada, este... y después acá, cuando empecé acá también es como que habré ido dos veces a verla a ella, porque me pareció demasiado fría también o que tuve que sentarme a hablar, y yo no confío en una persona que eh... se sienta, 'Sí, ¿qué me tenés que contar?', empezás a hablar, no te hace ningún tipo de devolución. Entonces como que la sentís muy lejana de realmente todo, de toda realidad" (mujer).

El peso de la carga moral que todavía conlleva la enfermedad

"Sentí un dolor adentro, como una discriminación, como que te estaban diciendo 'sos, lo vas a ser' y como que no podía hacer nada por eso, nunca más fui, no quise ir nunca más..." (mujer, refiriéndose a su médico anterior).

"Ojalá que todos los doctores fueran como él, tiene una forma de mirar que no te discrimina por nada" (mujer).

Si bien han pasado casi veinte años desde la aparición de los primeros casos de VIH/sida, el peso de la carga moral que todavía conlleva la enfermedad es muy alto; se expresa tanto en algunos profesionales que atienden personas con VIH, como en las percepciones que sobre el pro-

blema tienen ellas mismas, y en consecuencia es una dimensión del VIH que debe ser tomada muy en cuenta para pensar los obstáculos en la atención así como la propuesta de soluciones.

"Ni bien me enteré [del diagnóstico] fue como un shock, me puse mal, y lo primero que hicimos con mi pareja... fuimos a una iglesia, me fui a confesar con un cura, me dio la absolución de los pecados, no sé qué, nos sentíamos tan mal que fue la única contención" (mujer).

"No, no, yo soy portadora desde el año 97, porque yo estaba en pareja con otro chico, yo no tuve muchas parejas, digamos que, siempre digo que no soy, está mal lo que voy a decir, que no soy merecedora y siempre me corrigen 'nadie se merece nada', pero me siento como no merecedora por la forma en que me contagié, me contagié de mi ex pareja que era enfermero y trabajó mucho tiempo en la sala de personas con VIH que estaban internados y se llegó a pinchar, yo no sé si se hizo estudios sucesivos y siempre fue negativo o me mintió, no sé si estaba o no estaba" (mujer).

Esta carga moral negativa que tiene el VIH representa un obstáculo para diversas instancias de la vida cotidiana de las personas, y dificulta también la adopción de cuidados hacia sí mismos y hacia terceros.

"Tengo un problema, que no te lo comenté antes, que yo no se lo puedo decir a nadie, digamos, mi familia no lo sabe, dos amigos míos varones lo saben, que son muy amigos míos, a nadie más, y ellos tienen terminantemente prohibido decirlo. [Mi familia] es muy conservadora, es muy religiosa, esto, lo otro, aquello, es como que darle esa noticia de su hijita perfecta, es como que es duro decírselo, hoy por hoy, no sé, yo junto un poco el miedo de todo, el miedo de hacerles daño, porque ya tienen 70 años" (mujer).

"Es como que yo también tenía un preconcepto de la enfermedad, 'a mí no me va a pasar, esto es para cierta clase de gente', uno lo ligaba a gente drogadicta, gente homosexual o a gente que tiene una vida más divertida que la mía, yo ahora que estoy enferma digo: 'Uy, hubiera revoleado la chancleta', hubiera aprovechado, total ¿me entendés? Pero bueno, es difícil, es difícil, entonces al tener un preconcepto de esta enfermedad como que, viste, 'a mí no me va a pasar, esto es horrible' y, bueno, y ahora la tengo yo" (mujer).

"En mi barrio nadie sabe que yo tengo HIV, sólo sabe una chica que también viene acá que es una amiga mía que también se infectó y después nadie más, porque me da miedo, me da vergüenza, por qué es lo que dirán" (mujer).

Esa carga negativa tiene un impacto directo sobre la sexualidad de las personas y las lleva a renunciar a su vida sexual por temor a no poder expresar las necesidades particulares de cuidado, o a encontrar dificultades a la hora de expresar la necesidad de cuidados en el caso de mantener relaciones con personas que conocieron después del diagnóstico.

"Después, cuando yo me entero que tengo VIH, la pareja que tenía en ese momento, yo decidí cortar por temor y no sé bien qué es lo que me pasaba, después de eso no volví a estar en pareja y no volví a tener relaciones sexuales, de esto ya hace 9 años, es una cosa que tengo que ir a un psicólogo a hablarlo, a tratarlo, porque no es normal estar tanto tiempo, además porque, bueno, en algún momento me gustaría formar una familia, perder todos esos miedos y volver a tener una relación sexual y todo eso, una vida activa sexualmente" (mujer).

El estigma que todavía rodea a la enfermedad genera fenómenos de exclusión y autoexclusión en otras instancias de la vida, como es el caso de la vida laboral:

"Y como que yo también, yo misma me aparto como que esto no es aceptable, 'esto no es aceptable, entonces mejor no se lo digo así soy aceptado' y en el trabajo ni hablar, ni está dicho" (mujer).

"Me ponía mal, pero me pusieron en una habitación sola y era como que estaba más cómoda, lo mismo me pasa ahora, si llego a tener capaz que lo tengo una sala grande y todo el mundo se va a enterar de que tengo HIV, estoy pensando eso, no sé" (mujer, en relación al momento de tener sus hijos).

"Tengo miedo del rechazo, miedo a la repulsión, miedo al no, miedo al 'No quiero estar con vos porque tenés HIV', '¿Cómo tenés eso?', '¡Aghh, aghh!', tengo miedo a eso, básicamente mi miedo pasa por ahí, o que me acepte pero en su mente siga siendo una barrera para poder estar bien conmigo, yo sé qué es eso, es miedo al rechazo" (mujer).

El miedo a ser discriminados tiene, además de una dimensión subjetiva, otra objetiva: muchas de estas personas han sido marcadas por episodios discriminatorios¹¹.

Es preciso tener en cuenta que algunas personas con VIH siguen utilizando, para definir quién estaría infectado y quién no, y para organizar su cuidado sexual y el de terceros, los mismos criterios que probablemente fueron los que las llevaron a infectarse.

"No, no, no... yo no... creo que ninguna de las dos pibas que conozco tienen virus ¿me entendés? No... no creo... No porque las conozco, viste, las conozco que no son de... de... Primero, no son ni drogadas ni alcohólicas, y no son de tener relaciones con cualquiera" (varón).

Las viejas imágenes que se construyeron sobre los "candidatos" a tener VIH, los "grupos de riesgo", cierto carácter "visible" de las personas afectadas, tiene alto impacto aún hoy en una etapa crucial de la atención del VIH: la oferta de testeo y el diagnóstico de la infección. Estas viejas representaciones mantienen su vigencia tanto entre los profesionales como entre los usuarios y las personas de su entorno cotidiano.

"Es el tema de 'A vos no te puede pasar'... Claro, es el tema de 'está gordita, está linda, que esto, que el otro, está toda pipona, no, no está enferma'. Lo que pasa es que por ahí la gente piensa que esta enfermedad está vinculada a ciertos tipos de gente, entonces, por ahí una persona como yo que viste..." (mujer).

El estigma y el temor al diagnóstico tienen impacto en el tiempo que las personas se toman para afrontar la prueba del VIH.

"Me fui a hacer los análisis porque me decían que el papá de mi hija la mayor tenía HIV, y bueno, yo así viví cuatro, cinco años con miedo y después fui y me los hice" (mujer).

"Ya me imaginaba [que tenía VIH]. Uno ya... por eso te digo. Ya sabía de esta piba, entonces vos más o menos ya tenés en la cabeza, no tenés una idea conforme, y así y todo me cuidaba en la vida ¿me entendés? Me cuidé con quien anduve. Tomé mi protección. No hacia mí, hacia la otra persona. Siempre fui muy prudente, es decir, no prudente,

trato de no ser culpable en algo que no quiero hacer ¿me entendés lo que te quiero decir?" (varón).

Hay personas que llegaron a hacerse el test casi en forma fortuita, ya que desde los profesionales de salud no se los consideraba dentro de los "candidatos": habían tenido pocas parejas sexuales y, además de ser "sus pacientes", eran personas "conocidas".

"Bueno, hicimos toda una serie [de estudios], dentro de ellos saltó que tenía toxoplasmosis, entonces él consideró que esto que tenía en el cuello era por eso y me dio todo un tratamiento por la toxoplasmosis que yo lo hice durante tres meses, a pesar de eso no bajó esto y yo noté luego de esos tres meses que había aparecido otro en la base del cuello, en la base del cuello, en la zona cervical, entonces yo le digo a él: 'Doctor, ¿no sería conveniente hacerme un examen de VIH?' Y él me dijo: '¿Tuviste relaciones esporádicas sin cuidarte?' Le digo: 'Mire, en toda mi vida tuve dos parejas con las cuales tuve relaciones, me cuidé...', le comentaba lo mismo, cómo me había cuidado y le digo: 'Pero yo a la edad de 18 años recibí una transfusión de sangre, estuve muy anémica por una dieta mal hecha de mi parte y me fui al diablo, existe la posibilidad por ese lado y por el lado de mis parejas', me dice: 'Bueno, lo hacemos a ver qué pasa, pero no creo'" (mujer).

"Yo me había ido a hacer unos análisis, unos estudios, y justo mi ginecólogo no estaba y el que me ofreció hacerme el VIH, el estudio, era otro médico, cuando regresa mi médico se enojó porque el otro médico me mandó a hacer ese estudio, me dijo: '¿Vos firmaste o no firmaste?', 'Sí, yo firmé', '¿Pero vos quisiste? Porque como te van a hacer este estudio a vos. Si sos mi paciente, yo sé cómo sos vos'" (mujer).

Sexualidad y cuidados en las relaciones sexuales

No es fácil ni para las personas ni para los profesionales tratar en el espacio de las consultas los aspectos donde se tocan el VIH y la vida sexual. Del mismo modo que sucede con todos los apartados que son considerados por este estudio, hay abanicos de posiciones entre los entrevistados, matices que intentaremos ejemplificar.

Como ya hemos visto páginas atrás, muchas personas entrevistadas se han infectado por el VIH a través de relaciones sexuales sin protección.

La mayoría de las personas entrevistadas tenía "información" en el sentido cognitivo del término, pero no logró articular esa información con su situación concreta. Consideraban que por su "estilo de vida" estaban por fuera de este problema.

"No, no tenía información, tenía la información esta de que los adictos y los homosexuales, del actor norteamericano que se murió... ya te digo, la tenía Rock Hudson, pero nada" (varón).

"En ese momento se creía que el VIH era de..., o sea, se contagiaba entre homosexuales, no se sabía bien a ciencia cierta qué era, pero sí se sabía que producía la muerte y que indefectiblemente uno se moría en ese momento, y estaba todo muy encubierto, había muy poca información en ese momento de esto" (mujer).

"Cuando terminé quinto año me dijeron que había ciertas enfermedades y que esas enfermedades solamente eran por sangre o por tener relaciones sexuales" (mujer).

"Sabía las formas de contagio, todo, fantástico, nunca me cuidé yo para eso porque a mí no me podía pasar con pareja estable y si están gorditos todos lindos, claro, no, eso es imposible" (mujer).

Otras personas sabían que era preciso usar preservativo, pero no lograron llegar a un acuerdo sobre este tema con su pareja. Estas dificultades no necesariamente se "remueven" por el hecho de haberse infectado y por lo tanto es preciso trabajar sobre ellas.

Algunos profesionales directamente desconocen la existencia de particularidades en la vida sexual de las personas con VIH.

"Entrevistador: ¿Ustedes tienen algo explorado respecto de cómo el saber que uno es seropositivo afecta la vida sexual, o sea tienen...?
Infectólogo: No, no tenemos (...) Eso sí lo puedes consultar mejor con la gente de psicología que ellos tienen las entrevistas más profundas."

Otros dicen que la dimensión del tema los excede:

"Querer tener un hijo, las parejas heterosexuales, y las parejas sero-discordantes, o sea blanquear los sentimientos, los miedos y ese tipo

de cosas que tenían ellos que... eso nos excede a nosotros por eso nosotros muchas veces buscamos el apoyo (en otros profesionales) y muchas veces no lo encontramos" (infectólogo).

"Entonces si la gente tuviera como necesidad de conversar de esas cosas, el espacio es... lo tiene más con los psicólogos, no tanto con los médicos" (infectólogo).

Otros brindan consejos que no necesariamente pueden ser asimilados por el paciente:

"Se le explica fundamentalmente que a pesar de estar infectados tienen que tener sexo protegido, que tienen que proteger a otras personas, sobre la estabilidad de la pareja, algunos lo cumplen, otros no" (infectólogo).

Las personas conocen las indicaciones, sin embargo no siempre pueden asimilarlas, en la medida en que en las relaciones sexuales -relaciones eminentemente afectivas-, hay muchas cosas en juego: la necesidad de ser amado, de no perder el afecto del otro, de sostener la confianza como parte del vínculo.

"Fue muy difícil el tema de... del uso de preservativo porque... bueno, yo ya sabía lo que tenía, y él me creía, eh... este... la virgen de Luján, algo así. Entonces, por lo tanto, no se quería cuidar, ni un dedo. Entonces, cuando yo llego a la relación con él, él era 'no' y yo 'sí'. No y sí, no y sí... En ese momento, lo hice sin preservativo. Entonces, o sea, lo primero que se cruzó es 'además no lo quiero perder'. O sea que en ese momento flaqueé y me sentí boluda porque lo pude haber contagiado, entendés, este... Yo me sentía mal, viste, pero... bueno, a partir de ahí fue negociar el tema del preservativo y usarlo" (mujer).

La asimetría de poder existente en las relaciones entre hombres y mujeres también se expresa en la diferente capacidad que tiene cada uno de los miembros de la pareja para poner condiciones en el contexto de las relaciones sexuales (Grimberg, 1999).

"E: ¿Cuando se cuidan usan preservativo o usan algún otro método?
- Preservativo, sí, pero él dice que no se quiere cuidar, yo por mí, por la salud de él y la mía, yo toda la vida, pero me dice que no y si yo le digo 'no' es como que va a pensar que no lo quiero o que estoy con otro,

porque es así la forma de pensar que tiene él (mujer, su pareja sabe que ella tiene VIH).

"E: O sea que vos cuando debutaste ¿ya usaste algún método?

- No, no, no, nada. Yo tuve la suerte de debutar con una, con una... era tía mía, no es tía. Era criada de mi abuela. La dejó la madre en la casa de mi abuela cuando tenía siete años la chica esta, entonces le decía tía. Yo tenía dieciséis y ella tenía veintitrés. Así que me llevó por delante como los mejores. Me asesoró todo lo que necesitaba...

E: ¿Y vos sabías que ella usaba algún método o alguna cosa así?

- Sé que tomaba pastillas, tomaba anticonceptivos, porque se los veía tomar.

E: O sea, ¿y no usaste forro?

- No, no, para nada, para nada.

E: ¿Y cuándo fue la primera vez que usaste forro?

- Es que no lo usé nunca, lo empecé a usar ahora cuando me enteré de que estaba enfermo. Lo empecé a usar cuando yo supe que esta piba falleció. Para cuidar a la que me sigue, que no sé si tiene o no tiene" (varón).

Los profesionales que logran trabajar sobre esta dimensión destacan que es preciso establecer una relación de confianza y que esto requiere de tiempo:

"Qué tipo de vida tiene, algunas chicas que son prostitutas y en la primera no te lo van a decir, entonces después de un tiempo se genera confianza y te lo cuenta. Entonces vos la podés orientar a cómo cuidarse... hay cosas que van surgiendo después, con la relación médico-paciente" (infectólogo).

También las personas consideran que es preciso establecer un vínculo de confianza -condición necesaria pero no suficiente-, en la medida en que casi todos arrastran historias previas de vergüenzas y dificultad para hablar sobre estos temas. Hablar sobre aspectos de la vida sexual es referido como un tema tabú desde su familia y desde ellos mismos, y esto se conecta con las dificultades para hablarlo en la consulta. Es posible intercambiar recetas de medicamentos desde la primera vez, pero no conversaciones sobre aspectos íntimos.

"En mi familia es tabú, mi mamá es chapada a la antigua, mi papá tam-

bién, así que con amigas o mis primas que tienen mi misma edad" (mujer).

"Por ahí hablamos de un grupo de pibes, por ahí sí, llevabas una revista pornográfica y la mirabas, pero con mis hermanos, no. Como en mi casa... en mi casa ponele, nadie se pasea en calzoncillos delante uno del otro. Ni de mi hermana ni de nosotros mismos entre hermanos. Ahora, tipos grandes, delante de mi mamá nadie se pasea en calzoncillos y yo veo en otras casas que sí. Siempre tuvimos... un pudor ¿me entendés? Vos tenés que estar tapado, delante de tu mamá, de tus hermanos, creo, ¿no? no sé, por ahí" (varón).

"Yo empecé a tener relaciones sexuales grande, porque tuve una crianza media estricta, entonces viví todo atrasado, yo empecé a ir a bailar a los 18 años, cuando terminé el secundario, antes nunca, jugué a las muñecas hasta los 15, así que imaginate, re tonta, viste cuando estás criada muy entre algodones, y bueno, así que yo empecé a tener relaciones tarde, a los 24 años" (mujer).

"Mucho no lo conozco como médico para preguntarle o para que él me haga preguntas" (mujer).

"La he acompañado a ginecología y he entrado, he escuchado. '¿Quiere pasar?', 'Sí' 'Pase'. He pasado y he... me gusta todo lo que es del bebé, de escuchar, el nacimiento, el parto, el embarazo, todo, pero nunca pregunté nada" (varón).

Muchas de las personas entrevistadas manifestaron problemas en su vida sexual luego del diagnóstico. En el plano de las relaciones nuevas, parece perfilarse una trayectoria. Primero habría cuidado sin decir nada, se implementan diferentes recursos (mentiras) para usar preservativo sin decir la verdad. Esto es más dificultoso para las mujeres y genera grandes niveles de culpa el temor a transmitir el virus a la pareja (aun cuando sea esta la que no se quiere cuidar).

"'No, ¿para qué vas a usar eso?'... Siempre pongo la excusa, viste, '¿Y si vos estás enferma? ¿Y si yo estoy enfermo?', '¿Vos te hiciste algún...?', 'No, pero...', 'Bueno, pero yo tampoco me lo hice'. 'Yo qué sé si tengo o no tengo, yo qué sé si vos tenés o no tenés', con esa historia siempre la corrés, viste, y bueno, te dejan usarlo, porque hay

muchas mujeres que no quieren que use profiláctico. 'No, que es una estupidez, que es una boludez'... Pero viste, corriéndola por el lado de que si ella está enferma o si vos estás enfermo, como no hay estudio de por medio, por supuesto ella no sabe" (varón).

"Ahora me quedé embarazada, él no se quería cuidar porque dice que no era lo mismo mantener relaciones con preservativo que sin preservativo, me daba miedo y siempre aflojaba, y ahora, no sé, ojalá que no, no, no quisiera que él esté en mi lugar porque una vez me dijo que si le pasaba eso se iba a morir, que no sabía cómo lo iba a afrontar, ya sabía que no tenía, pero si seguimos teniendo relaciones yo tengo miedo" (mujer).

Cuando la relación va ganando en afecto se plantea la necesidad de contar la verdad. Algunos entonces huyen para evitar que aumente el compromiso y tener que decir lo que no se puede. Otros cuentan la situación o incrementan alguna mentira para terminar blanqueando la situación.

"Y hay veces que vos, ponele, también te planteás la otra situación. Cuando vos tenés una pareja, le tenés que explicar que tenés HIV, porque toda tu vida no podés usar forro delante de ella y si te dice 'vamos a concebir un hijo', ¿cómo le explicás? 'No, no puedo', 'No, no quiero'. Entonces te encontrás entre la espada y la pared, o la hacés participar de que estás enfermo o directamente la tenés que dejar" (varón).

"¿Y si no lo tiene qué va a hacer? ¿Se va a infectar por vos? Yo creo que no, ¿no? Es una estupidez más grande que una casa. Tanto amor puede haber como para decir 'me voy a infectar', yo creo que no (...) Pensás de noche, de noche, cuando te acostás. Y al otro día te levantás y te levantás medio, viste, bajoneado. Te pega el bajón, ¿me entendés? ¿Cómo hago? ¿Cómo voy a seguir viviendo? Porque está todo bien, está medicado, está re bien de salud, no te enfermás, te cuidás, pero ¿para qué?, ¿en base a qué?" (varón).

"Y bueno, tuve que hablarlo con él, no me quedó otra, gracias a Dios le salieron negativas las reacciones, igualmente, a pesar de eso, yo ya había decidido no seguir la relación, no me podía aguantar las dos cosas, entonces preferí cortar" (mujer).

"Entonces, un día lo llamo re contenta y qué sé yo y le digo: 'Mirá, hubo

un error en el análisis, este... Le voy a hacer juicio al hospital, porque ya psicológicamente casi me matan, durante meses... qué sé yo', viste, o sea que bueno, se la re comió. Aparte es el día de hoy que nunca más me habló de nada, viste... realmente ni se le cruza, pero... O sea, pude zafar por ese lado, o sea que... piensa de que no, este" (mujer, que en un primer momento le había contado a una ex pareja que tenía VIH y luego se arrepintió).

Las PVVIH enfrentan el dilema de dar a conocer su condición a su eventual pareja, hecho suficientemente documentado en adultos y que se intensifica en los adolescentes. Tavarez y cols. (2003) hallaron que la condición genera inseguridad, especialmente para iniciar relaciones sexuales e involucrarse afectivamente con otra persona: confluyen dudas, miedos y sentimientos ambivalentes de responsabilidad.

Las adolescentes mujeres suelen revelar su condición a sus parejas sexuales más que los varones, aunque en general esto se restringe a aquellas parejas que consideran como estables. Revelar el secreto les permite comenzar a sentir menos responsabilidad cuando el varón se niega a utilizar preservativos. Las relaciones de poder entre sexos que condicionan la posibilidad de la mujer para negociar el uso del preservativo, suelen agravarse dado que varios estudios revelan que cuanto más joven es la adolescente mayor diferencia de edad suele con el varón (Adaszko, 2003).

Ahora bien, compartir el secreto no conduce necesariamente al uso de preservativo, sino que en muchos casos la persona no infectada, aun conociendo los riesgos, decide e insiste en no utilizar preservativo, o hace uso poco consistente del mismo (D'Angelo y cols., 2001). Este hecho está documentado tanto en varones como en mujeres, tanto en parejas serodiscordantes como en aquellas en que ambos miembros viven con el virus, y tanto en adultos como en adolescentes.

Las parejas serodiscordantes, especialmente aquellas en que la persona infectada ha podido revelar su situación a la otra, presentan mayor frecuencia de uso del preservativo que las parejas en que ambos están infectados. De todos modos, la prolongación del tiempo de relación da lugar a un uso menos consistente, particularmente cuando ambos están infectados (Sturdevant, 2001).

Nuevos embarazos, reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH

La "recomendación número uno" para una persona con VIH es el uso del preservativo en todas sus relaciones sexuales, y nuestro estudio ha encontrado personas que acuerdan de modo teórico e incluso aparentemente práctico con esta recomendación. Como hemos visto en el apartado anterior, hay personas que han suspendido durante algún período su vida sexual activa a partir del diagnóstico de VIH. Otras han logrado adecuar su situación vital a la recomendación y mantienen una sexualidad activa y protegida de nuevas infecciones. Sin embargo, es preciso considerar una gama de situaciones vitales que ocurren de hecho también en la vida de las personas con VIH, y que tienen alta repercusión en la atención de la salud de las mismas por parte de los profesionales que se desempeñan en los equipos de salud.

De modo simplificado estas situaciones son las siguientes:

1) Hay personas que desean tener hijos y que, de acuerdo a su propia experiencia con los servicios de salud, buscarán o no compartir las preocupaciones vinculadas a esta decisión con el equipo de salud. En la práctica, lo más frecuente es que las personas consultarán, o bien concurrirán directamente a atender su embarazo.

2) Hay personas que no desean "por el momento" o "ya no desean" un nuevo embarazo, pero encuentran diferente clase de dificultades para ser usuarias sistemáticas del preservativo. Estas personas requerirían de apoyo extra para negociar de modo exitoso el uso del preservativo con su pareja, y/o de un método alternativo y/o complementario al preservativo, a fin de poder mantener su vida sexual activa sin riesgo de tener un nuevo embarazo. Estas personas, cuando quedan embarazadas, se enfrentan a la disyuntiva de continuar o no el embarazo. La interrupción de un embarazo en una mujer con VIH conlleva riesgos aumentados en relación con una mujer con el sistema inmunitario indemne.

3) En las personas con VIH se encuentra una distribución de situaciones con respecto a la reproducción, a la maternidad y a la paternidad, al conocimiento y la accesibilidad al uso de métodos anticonceptivos que si bien no está estudiada específicamente en nuestro país, sí está estudiada para la población en general. Es preciso entonces considerar

que hay gente que ha tenido muy poco acceso a la información sobre métodos anticonceptivos y otra gente que ha tenido acceso a información, pero poco o ningún acceso a los métodos.

Los deseos de tener hijos de las personas que viven con VIH es un tema que moviliza fuertes tomas de posición tanto entre los profesionales como entre las personas afectadas.

"Cambié mucho desde los últimos dos años, año y pico. Antes yo trataba de disuadir que no, porque en algún momento, a la larga los pibes iban a ser huérfanos inocentes. Hace dos, tres años, dos años ponele... ahora en los últimos años acá incluso, tuvimos los resultados buenísimos, esto de cesárea y tratamiento" (infectólogo).

"No sólo yo cambié, cambió el conocimiento porque lo de la profilaxis de [sonríe] la embarazada ya se descubrió desde el 92 (...) después uno la empezó a usar y bueno... vio lo que resultó y bueno, es posible con poco riesgo" (infectóloga).

Los profesionales enfatizan que han variado sus posiciones con respecto a la reproducción en las PVVIH a la luz de la experiencia concreta del trabajo con los pacientes así como por los adelantos y la evidencia científica disponible. Muchos profesionales destacan el valor positivo que han tenido los hijos para los pacientes, cambio que se expresa en un mejoramiento del estado general y de la adherencia a los tratamientos.

Otros piensan, tanto médicos como PVVS, que en la medida en que no hay 100% de seguridad de que el bebé nazca sin el virus, "es una locura arriesgarse". La mujer que, a pesar del temor, se juega por su deseo, es culpabilizada. La culpabilización de la mujer con VIH aparece en los discursos de algunos profesionales y también de algunas personas que viven con VIH.

"Me dijo: 'Te dio positivo, a vos te salió positivo el HIV y aparte te dio positivo el hepatitis C, el nene no tiene hepatitis, pero tiene HIV y vos también', 'Bueno, está bien', qué le iba a decir, aparte me lo dio en el pasillo... encima recién me habían dicho lo que me pasaba, te imaginás, tenía un flash en la cabeza, y me dijeron: 'Bueno, le vamos a hacer todos los análisis, bla, bla, bla', 'Está bien'. Me dice:

'Pero ¿cómo no te cuidaste?, mirá lo que le hiciste a tu hijo'" (mujer).

"Yo no pienso solamente de mi lado. O sea, yo veo esa forma de pensar, realmente, como una posición egoísta... sí me parece una forma egoísta, eh... respecto al hijo. Se están interesando en lo que ellas realmente están necesitando. Eh... no están pensando en que sí, está bien, hay un 1 o 2 por ciento de posibilidades... Están pensando en que sí, a ellas les gustaría tener otro hijo. ¿Entendés? O sea, será que es mi caso, que a mí me hubiese gustado tener otro, pero ante mi condición, tengo tan claro [que no voy a arriesgarme]" (mujer).

"Ni idea del HIV porque si no nunca en mi vida hubiera querido tener otro hijo más" (mujer).

Hay profesionales y usuarios que muestran en sus respuestas lo dilemático que les resulta aún este problema:

"No me molesta la idea de estar enfermo, pero también me molesta que tenés un montón de vacíos que no los llenás. El no saber si podés todavía concebir o podés tener una mujer... ¿cómo explicarle a una mujer que estás enfermo? Claro, ¿cómo se la explicás la situación? Sale pirada" (varón).

"Yo creo que la gente que lo quiere tener que lo tenga, yo no voy a tener hijos porque es un riesgo, es un riesgo que yo no quiero" (mujer).

"En general, no se le aconseja quedar embarazada pero, tampoco podemos negarle la posibilidad de embarazarse... No se les recomienda el embarazo, por la transmisión vertical y por la enfermedad del recién nacido... Tener la responsabilidad de negarles la maternidad, a mí particularmente es un tema que me, que me resulta terrible, no... pero bueno..." (tocoginecóloga del PSRPR).

"La maternidad es uno de los temas centrales en las mujeres, cómo va a afectar este... su plan de vida, o sea, hay una clara diferencia entre mujeres que ya tuvieron hijos y las que no los tienen, ese es un tema central. Eh, otra problemática común, muy común a las mujeres es cómo, cómo van a sostener a su pareja infectadas... Después siempre tratamos de hacer énfasis en que no es la única chance de tener hijos, no pasa por, porque la mujer esté embarazada, esa pareja potencial-

mente podría adoptar. Eh... pero bueno, frente a determinadas situaciones no hay explicaciones, no, no hay explicaciones o estrategias que valgan [ríe], digamos. Pero se trata de hacer énfasis en eso" (infectólogo).

"Aquellas que empiezan a tener cargas virales negativas muchas veces empiezan con la presión, las muy jóvenes o las que nunca tuvieron un hijo ¿no?, entonces con la presión 'y cuándo voy a poder, y cuándo' y esto bueno es remitirla al infectólogo y es mejor que no y por ahora no, aparte pensá que una mujer embarazada, hay una depresión inmunológica... que esto se le dice, entonces cuando se habla de esto, es decir, bajan las defensas reales con una mujer embarazada, entonces como que más o menos podemos sostener, pero es tarea de un equipo, es tarea de un equipo, y a veces el equipo se diluye, se diluye a nivel público y también a nivel privado" (tocoginecóloga del PSRPR).

"Por lo tanto si a nosotros nos consultan por supuesto nuestra postura es evitarlo, pero bueno es nada más que nuestra postura y nuestra opinión y por supuesto que acá la decisión corre por parte de la pareja" (infectóloga).

"Ese es un tema que tenemos pendiente, todo lo que es procreación; es un tema que todavía no hemos trabajado. Yo creo que nos supera" (infectóloga).

De los relatos de las PVVIH entrevistadas se desprenden también por lo menos dos posiciones. Una, que ya fue mencionada, es la de culpabilización (las personas serían "egoístas", "no piensan", "sólo piensan en ellas"). Otros en cambio ponen de manifiesto que las decisiones reproductivas tienen que ver fundamentalmente con su propia historia reproductiva (como ocurre en el caso de la "población general"), sin que esto implique negar o desconocer la enfermedad. En estos casos, la decisión de tener un hijo se vincula a la situación económica, laboral, de vivienda, al momento que atraviesa la pareja, al no haber tenido todavía hijos o al hecho de querer tener otro hijo para ampliar la familia.

"Sí, sí, quería tener, quería tener más hijos pero no ahora, porque como no tengo mi casa, yo le decía a mis hijos: 'Cuando tengamos nuestra casa vamos a tener otro bebé más, otro varón', sí, quería tener otro bebé" (mujer, en relación con el hijo que espera).

"Como estoy en pareja, estoy súper enamorada, entonces si me pintan las ganas, pero es porque estoy enamorada, no porque tenga un instinto, entonces sí me da ganas y veo que hay posibilidades de que nazca sano" (mujer).

Este "grupo" de personas que busca cumplir sus aspiraciones de formar una familia es decodificado por algunos profesionales como si no entendieran las "instrucciones", o es culpabilizado porque no les importa el VIH.

"La mayoría ya viene embarazada y si no se la buscó, la conciencia está. La mayoría chau, no le importa, bueno... qué sé yo... O no le dicen a la pareja o buscan a otro que, digamos, les haga un chico sin decirle que son positivas" (infectóloga).

Algunos profesionales, en cambio, distinguen la existencia de embarazos deseados así como de embarazos a los que las mujeres llegan sin desearlo, por falta de respuesta desde el sistema. En este sentido, observan que los pacientes no responden de modo automático a la consigna de usar preservativo siempre, hecho que ha generado un abanico de respuestas que va desde la frustración hasta la puesta en práctica de alternativas concretas.

"No puedo creer que me digan que no se cuidan [se refiere a compañeras de trabajo, mujeres profesionales], me dicen: 'No, no me cuidé', pero aparte estoy hablando de profesionales, ¿no? Entonces digo bueno, en proyección, qué les puedo pedir a las pacientes del hospital, si es mucho más difícil, si algunas de ellas no tienen, no hacen el amor si no son violadas por su marido, entonces no le voy a decir: 'Bueno, fíjese si no está en una fase húmeda y dígame a su marido que use el preservativo', no, intento, pero yo creo que a nivel general la mujer no se da cuenta de lo vulnerable que es respecto del HIV o VIH" (ginecóloga PSRPR).

"[En relación con el uso de métodos]... De acuerdo al nivel cultural de las pacientes, por ejemplo, nosotros tenemos mucha gente del interior, o de Bolivia o de Paraguay, que yo particularmente no he visto a ningún boliviano o un paraguayo que se coloque preservativo, no, no lo aceptan directamente, está el mandato de que el cuidado tiene que ser de la mujer, de pronto una chica que está en cuarto año del secunda-

rio, en un colegio de pleno centro de Buenos Aires, no admite tener relaciones si no se coloca el preservativo, mas allá de su protección, entonces uno tiene que ir trabajando con esto, tenemos chicas que tienen infecciones a repetición y el preservativo no lo quieren usar porque la pareja dice 'yo no lo voy a usar', por temor a perder el novio y demás, ellas admiten esas relaciones" (ginecóloga PSRPS).

Algunos profesionales manifiestan su preocupación por casos de mujeres que tuvieron una cesárea y al poco tiempo volvieron embarazadas. Manifestaron percibir allí una especie de "ruido" que genera la sensación de no haber cumplido bien la tarea, que sería necesario agregar a los circuitos que ya están armados (diagnóstico, atención del embarazo, del parto, del niño) la articulación con asesoramiento adecuado para la reproducción y una resolución más efectiva en materia de oferta y provisión de métodos anticonceptivos.

"O sea, nos sigue pasando que pacientes de... básicamente de bajo nivel socio-económico tienen un embarazo y luego otro, porque se les indicó una manera de anticoncepción y no la pudieron instrumentar, eh, el sistema falla ¿no?, no es... óptimo" (infectólogo).

"E: ¿Vos pensás que es como que vuelven con culpa?

- Mirá, las que en general vuelven con culpa son las que se embarazan inmediatamente, nosotros hemos tenido cuatro o cinco casos de mujeres que al cuarto o quinto mes ya estaban embarazadas de nuevo y te dicen: 'Doctora, no sé qué hacer con mi marido', digamos, no saben cómo poner el límite y bueno... Pero después de ese período tenés de todo, tenés las que buscan, la que no quería saber nada, las que vienen con que se plantearon el aborto, estaban en la duda, otras que les dio miedo el aborto que cuentan inclusive que ya tenían hasta la plata y todo y después les dio miedo, la mayoría de las veces por lo que yo pude ver, no tengo una estadística hecha al respecto, pero la mayoría de las veces no estuvieron buscando el embarazo sinceramente, no es que 'ay, quería de nuevo tener', la mayoría de las veces les cayó, entonces creo yo que estamos fallando nosotros porque no le dimos la alternativa real, evidentemente el preservativo no es suficiente para anticoncepción ¿entendés? Y creo que lo otro no se lo estamos dando, el tema del DIU lo tenés que charlar con los obstetras pero son bastante reacios a ponerlo" (infectóloga).

Otros profesionales reflexionan que, por haber desaconsejado el embarazo, la gente no volvió por temor a ser retada, siguiendo el embarazo en otro lado o llegando muy tarde.

Tanto en las entrevistas a profesionales como en las de PVVIH aparecen relatos de mujeres que cambian de hospital porque sienten que si vuelven al mismo van a ser retadas, y otros casos de mujeres que llegan en el tercer trimestre porque ya saben por la experiencia de un embarazo anterior que allí tienen que comenzar a recibir el tratamiento.

Las dificultades de los equipos para lidiar con estos temas hacen que las mujeres vuelvan con el problema "ya resuelto", o sea, embarazadas.

"E: ¿Cómo se resuelven esos casos, cómo se contestan...?"

- Y, no se resuelven, eh, se... eh, trabajamos con, informando a, sobre cuáles son los riesgos del embarazo y el tratamiento vinculado al embarazo, cuáles son las chances de un resultado satisfactorio, no le recomendamos a nadie quedarse embarazada porque no, no es posible recomendar eso pero, frente a un deseo y una decisión muy fuerte de ese tipo no, también tenemos claro que no hay manera de ir en contra de eso, así que... eh, bueno, tratamos de que se haga en un contexto lo más controlado posible, que puedan recibir el tratamiento adecuado para que el resultado sea exitoso" (infectólogo).

"E: ¿No les ha pasado de una mujer o una pareja que les plantea el tema de querer tener hijos?"

- Claro, no, hasta ahora no, ya vienen con el tema ya resuelto [risas]" (infectólogo).

"E: Y... por más que la gente no plantee el tema, me imagino que en algún momento se charlará sobre el tema de futuros embarazos, por ahí más teniendo en cuenta que el promedio de edad de la gente que atienden son muy jóvenes. ¿Cuáles son las recomendaciones que ustedes suelen dar en torno al tema?"

- Mirá, la verdad no es un tema que se nos dé en las consultas nuestras, la gente como que le da vergüenza plantearnos estas cosas, viste, como te decía ya vienen con el embarazo... Seguro que lo tendrías que charlar con la gente de la residencia de educación para la salud" (infectóloga).

Algunos profesionales mencionan que les han planteado el tema y otros no tienen registro, nunca les pasó.

"E: ¿Han tenido pacientes con VIH que hayan llegado embarazadas?

- No, no.

E: ¿Tampoco pacientes varones que tengan a su pareja embarazada?

- No, nada.

E: ¿Y qué planteen los deseos de tener un hijo, de embarazarse?

- No tampoco" (infectóloga).

En el caso de los profesionales de PSRPR, la mayoría de los entrevistados manifestó no enfrentarse con frecuencia en su práctica a la situación de pacientes seropositivos que les planteen el deseo de tener un hijo. Como hipótesis, podría pensarse que este escaso contacto con la problemática se expresa en la reticencia de estos profesionales a aceptar el embarazo de las PVVIH y en lo "inconveniente y angustiante" que les resulta esta problemática, en contraposición a otros grupos de profesionales en que el contacto más cercano y cotidiano con estos pacientes les cambió la visión del asunto.

"A la ginecóloga le pregunté: '¿Qué pasa si yo quiero tener un hijo?'. Me dice: 'Bueno, primero embarazate'. 'Va a ser muy difícil', le digo. Ella sabe que soy portadora. Me dijo: 'Lo que pasa, es que tenés que ir a ver a un obstetra'. 'Pero los obstetras no me van a atender si yo no estoy embarazada', y entonces me dice: 'Bueno, hablalo con tu infectólogo'. (...) Me dijo: 'Primero embarazate'. ¡Ridículo total! Yo necesito ayuda" (mujer).

Con respecto entonces a qué hacer con los deseos de embarazo de algunas parejas (pocas) que consultan, se han encontrado tres respuestas desde los equipos:

1) Se aconseja no embarazarse (ejemplos que ya hemos revisado).

2) Se busca que el embarazo ocurra dentro de los mejores parámetros de estado de salud general de la mujer y/o la pareja. Se propone la realización de inseminaciones "caseras" o dentro del consultorio del hospital público. Se realizan derivaciones dentro del sistema público.

"El Muñiz manda parejas serodiscordantes, o sea la mujer positiva con el varón negativo, y vos le podés enseñar desde una inseminación casera, intentar una inseminación acá, o sea previniendo para que el varón no se contagie y ella pueda lograr su deseo de maternidad" (médica obstetra).

"Nosotros hasta una inseminación hacemos, eh casualmente esterilidad no hay, no sé por qué. Hay algunas historias que después de las consultas psicológicas donde sale que es mucho el temor a que al chico le pase algo, es mucho temor de la pareja hay mucho mambo de pareja porque uno es positivo y el otro es negativo (...) o sea, los miedos van por arriba del deseo de maternidad ¿no?. Y eso hace que psicológicamente la paciente no logre un embarazo. Pero en general son súper fértiles" (médica obstetra).

"Vino una médica que había estado en el Muñiz que yo la conocía, porque ellos también tienen el mismo problema. Yo estoy controlando a una mujer y bueno, hay trabajos incluso de que ellas mismas se autoinseminan con la ayuda de la pareja obviamente, o sea junta el semen en una jeringa y la pareja... claro para no infectar a la pareja. Entonces hay trabajos de autoinseminación" (infectóloga).

3) Se realiza derivación de la pareja con serología discordante a un servicio público y/o a un lugar privado.

"Bueno la pareja discordante... existen los dos; si el positivo es el padre y la mujer es negativa, para eso ya lo tengo solucionado hace bastantes años. Yo tengo un centro de derivación de esterilidad (...) Me entero que los italianos están haciendo inseminación en mujeres negativas de pareja positiva. Empezamos a meternos en el tema, buscar en todos los trabajos cómo se estaba haciendo (...) el lavado. Ahora lo que tienen que tener son dos años negativo en tratamiento antirretroviral, se hace cultivo de semen. Si el cultivo de semen es negativo se hace la centrifugación, el lavado y la inseminación. Eso está bárbaro, hemos tenido bebés todo bárbaro, todos negativos. (...) El problema que tengo yo ahora es el otro: mamá positiva en muy buen estado clínico, sin tratamiento, que tiene muchas ganas de ser mamá con un papá negativo. Y que qué hacemos con esas madres ¿no? Y más que somos médicas acá nosotras ¿no?" (infectóloga).

"Nosotros, como no tenemos obstetricia, no trabajamos acá, los derivamos al Durand. Y trabajamos en forma coordinada. Es difícil después

empezar a recuperar lo que ya hiciste, o sea ya es una paciente que puso un feto de tratamiento antirretroviral. El riesgo que se corre es mayor. Hay técnicas, hay formas para poder quedar embarazada o por lo menos para intentarlo. Hay una técnica más casera que es la de inocular el semen directamente, y hay otra más sofisticada que es el lavado del semen. Eso ya significa un gasto extra, en el nivel estatal no se hace, por lo menos no se pregona que se haga. Y bueno, entonces uno intenta digamos asesorarlos en lo que puede y derivarle la consulta. En la mayoría de los casos pero el noventa por ciento de los casos ya vienen embarazadas [ríe]" (infectólogo).

Posiciones de los profesionales en materia de uso de métodos anti-conceptivos

Las respuestas de los profesionales, más allá de su especialidad, permiten describir tres posiciones con respecto al uso de métodos anti-conceptivos en PVVIH. Las posiciones parecen organizarse básicamente alrededor de la posibilidad de "soportar" o poder lidiar con la tensión que se produce entre lo que "debería ser" (usar preservativo siempre) y la percepción de que se está ante un problema mucho más complejo, donde lo que debería ser es sólo una de las dimensiones de la respuesta necesaria. Tal como hemos señalado anteriormente, es posible que detrás de estas respuestas haya otra dimensión latente que es lo que cada uno entiende por respuesta, consejo o indicación médica.

Las posiciones detectadas fueron las siguientes:

1) No es posible prescribir métodos anticonceptivos en personas que deben usar preservativo siempre, en la medida en que durante las relaciones sexuales sin uso de preservativo estas personas pueden transmitir el virus y/o pueden reinfectarse.

"Por el momento tuvimos un solo caso y se trató de una paciente que no se aplicó el... no uso el método como debiera, no usaba los condones, la paciente ejercía la prostitución y curiosamente se atendió aquí, afortunadamente el bebé nació bien" (tocoginecólogo PSRPR)

"E: O sea no hay gente abiertamente que venga y diga 'yo no lo voy a usar el preservativo porque...'.
- Bueno, pastillita no se puede tomar, esa es la idea ¿'tá? Porque si sos

portadora un anticonceptivo no podés tomar.

E: ¿Cómo consideran ustedes el tema del DIU, por ejemplo?

- Tampoco, porque volvemos a lo mismo, a lo que te explicaba...

E: No, no, yo entiendo perfectamente, lo que pasa es que un poco lo que hemos visto es que a veces hay una distancia entre lo que se propone, lo que sería bueno que la gente haga, y lo que por diferentes motivos ocurre en la realidad, entonces apuntaba un poco a eso.

- Sería mucho mejor tener más cobertura con profilácticos que otra cosa, eso sería lo mejor" (infectólogo).

2) Se aceptan las diversas dificultades que ya hemos reseñado para el uso universal y sistemático del preservativo y se afirma que sería necesario ofrecer a las personas una alternativa. Sin embargo, a la hora de definir lineamientos de acción, no es posible encontrar un método adecuado. Habría acuerdo en lo general, pero esto no puede expresarse en una intervención positiva, en la recomendación de un método. A modo de ejemplo, "el DIU podría ser un buen método, pero no es seguro que las personas realicen los controles, puede producir Enfermedad Pélvica Inflamatoria". Los anticonceptivos "ofrecerían riesgo de interferencia con los antirretrovirales; además que sería aumentar el número de comprimidos para personas que están tomando muchos remedios diariamente", etc. En algunos casos, los únicos métodos que se imaginan como posibles son métodos a los que la población prácticamente no tiene acceso y que no son provistos por el PSRPR, como es el caso del diafragma o las esponjas espermicidas descartables.

"Bueno acá siempre se plantea la cuestión profiláctico lo que pasa que, yo creo que nos quedamos cortos ¿no? Pero nos pasa de pacientes como yo te digo porque tienen un bajo nivel social. Es ahí donde no tenemos tan instrumentado que no entienden mucho o que, bueno, tienen una pareja que no quiere entenderlo o no lo quiere usar. Entonces la cuestión de usar otro método ¿no? A veces nosotros pensamos en el HIV, pero nos olvidamos de la anticoncepción fundamentalmente o sea de la posibilidad de que no vuelva a quedar embarazada" (infectóloga).

"El tema es... obviamente estas mujeres tienen que usar preservativo siempre, es una obviedad... y después se plantea... en realidad nosotros la derivamos a planeamiento familiar para que... para plantear el tema de la anticoncepción, pero muchas veces no hay los anticonceptivos

adecuados, cuando están con triple esquema uno sabe los inconvenientes de los anticonceptivos orales, entonces ahí tenemos todavía un agujero porque aparte no tenemos mucha disponibilidad de anticonceptivos" (infectóloga).

"Ahora estamos repartiendo profilácticos, ese tipo de cosas intentamos básicamente, la utilización del profiláctico, y a las chicas les decimos, además de la utilización del profiláctico, las mandamos a gineco como para que hagan otro tipo de... bueno ahora se ha puesto un plan de DIUs y qué sé yo. Bueno, como para evitar embarazos no deseados. Pero bueno, eso queda ya en la decisión de ellos, ¿eh? Lo que sí nosotros tratamos de pregonar bastante la utilización del preservativo, que ahora además como lo podemos... [entregar] genera que haya pocas excusas para no utilizarlo salvo el punto crucial que es la negociación de género ¿no?" (infectólogo).

"Con respecto al método, se trata en algunos casos, cuando están dadas las condiciones, preferentemente de usar un método doble. Muchas veces... depende del contexto y las características. Por supuesto que se evalúan otros factores para establecer si tienen o no contraindicación para determinado tipo de método. Inmediatamente, por supuesto, se invita a la pareja de la paciente para realizar la serología pertinente y se lo provee inmediatamente de condones. Se le indica que use condones a partir de ese momento en todas las relaciones sexuales. Mientras se realiza en el servicio de infecto toda la evaluación del caso y se evalúa en qué estado está de inmunidad. En el caso que no haya contraindicaciones empleamos en algunos casos DIU con carga de cobre, que si bien todavía no se ha expedido la OMS al respecto hay algunos estudios en África que indican que no habría mayores inconvenientes en el uso del DIU siempre y cuando estén indicados desde el punto de vista médico. Y también se utilizan anticonceptivos hormonales, preferentemente inyectables por depósito trimestral. Depoprovera en el caso de beneficiarias del programa que no tengan contraindicaciones para estos métodos. Por ejemplo, si la paciente tienen una hepatopatía o un estado muy precario en cuanto a sus defensas, no reconocemos el uso del DIU. Y tampoco en el caso de una hepatopatía activa que muchas veces están asociadas a hepatitis B o C, en esos casos se emplea nada más que condón" (tocoginecólogo PSRPR).

"Sí, hay muchas que buscan un método a pesar de que van a tener, van a usar preservativo, pero que quieren absoluta seguridad. Entonces

generalmente nosotros nunca las orientamos hacia el DIU, sino que bueno, puede.. con otro método de barrera que es el diafragma asociado. O bueno, también pueden ser tampones con las jaleas espermidas o bien, la anticoncepción hormonal si nos permite digamos el estado general de la paciente" (tocoginecóloga PSRPR).

3) Aceptación de la necesidad de ofrecer métodos, aceptación de la posibilidad e implementación activa de procedimientos. Estos profesionales logran una especie de mirada epidemiológica para la resolución de los casos clínicos. Logran considerar los riesgos potenciales, por ejemplo del DIU, pero inscriben estos riesgos en una gama más amplia de situaciones potencialmente problemáticas, como sería un nuevo embarazo no deseado, la posibilidad de un aborto en condiciones inadecuadas, etc. Dicho de otra forma, logran establecer una "jerarquía de riesgos", pensar en "el mal menor" o la lógica de la reducción de daños.

"Y bueno, ahí se le plantea la necesidad de, aparte de su método anti-conceptivo, la importancia de tener, de usar el preservativo... de usar la doble protección, pero yo... las pacientes que yo me acuerdo que son positivas, hay algunas que tienen DIU. Yo le planteo la doble protección pero no suelen usar preservativos, a pesar de saber los riesgos para la pareja no suelen usar preservativos" (ginecóloga PSRPR centro de salud).

"Y nosotros lo que recomendamos es profiláctico y muchas veces el DIU, a muchas mujeres les recomendamos colocarse el DIU, sobre todo cuando tienen hijos ¿no? Cuando no tienen hijos es una decisión de ellos, pero si ellos... se comenta el DIU o el profiláctico y a veces se recomiendan los dos métodos" (infectóloga).

La anticoncepción en las personas que viven con VIH: un cortocircuito dentro del sistema

El análisis de los circuitos de atención, esto es cómo se pasa de la percepción del problema (necesidad de un método extra al preservativo) a la resolución del mismo (provisión del método) muestra diferencias con lo analizado para el caso de la reproducción. Los profesionales que están de acuerdo con la reproducción (o no niegan la posibilidad) logran instrumentar respuestas o bien realizar derivaciones adecuadas (a otros

equipos del hospital, a equipos de otros hospitales, a lugares privados). En el caso de la anticoncepción, se genera un vacío de responsabilidad sobre el tema. Presentamos a continuación algunos testimonios que ejemplifican esta afirmación.

Desde los infectólogos se atribuye la responsabilidad a los obstetras o al PSRPR:

"Una de las falencias es el tema de la planificación familiar y, digamos, el tema de la anticoncepción porque hay un alto porcentaje de mujeres que vuelven a embarazarse y por ahí no en las condiciones que uno pretendería, no es una cosa planeada sino que falló la anticoncepción porque uno sabe que preservativos tienen pero por ahí lo usan por ahí no, y de hecho el preservativo tiene una función fundamentalmente con el tema de lo virológico pero para la realidad de la anticoncepción en estas pacientes que tienen pautas de conducta un poco diferentes uno sabe que es insuficiente...

E: ¿Salen derivadas a procreación responsable?

- Sí salen, el tema... lo que no te puedo contestar es cuántas llegan, pero salen e inclusive yo lo re charlo cuando las vemos ya con el bebé, pero eso falta aceptarlo" (infectóloga).

"E: ¿Y con las embarazadas se habla el tema de, al margen de que ya tiene este embarazo, siendo seropositiva, se vuelve a hablar el tema de la prevención de reinfección o de otras infecciones de transmisión sexual o qué actitud van a tomar frente a la nueva posibilidad de otro embarazo, eso se plantea o no?

- Bueno eh, es un tema, eso es lo que uno puede sugerir evitar como médico, de allí a que vaya a un programa de...

E:... de procreación...

- Claro de procreación eso depende de los obstetras

E: Y ¿ustedes trabajan en conjunto con obstetricia o cómo se manejan?

- Sí, sí trabajamos todo en equipo, por eso yo te comentaba hoy que la vía puede ser o ingreso directamente a nuestro servicio y nosotros los, las derivamos a obstetricia, o por vía de obstetricia y son derivados para acá

E: El seguimiento es conjunto y con respecto a la presentación de los métodos anticonceptivos ese tema se encargaría obstetricia.

- Obstetricia se encarga de ese tema, sí.

E: Y ¿ustedes conocen si acá funciona un programa de Procreación

Responsable o algo así?

- No" (infectóloga).

"E: Si un paciente solicita un método anticonceptivo diferente al preservativo, ¿esto como se resuelve?

- La derivamos a ginecología.

E: En gineco hay gente que ustedes conozcan que trabaje específicamente el tema?

- Sí, sí pero no es tampoco, no te voy a decir que es la panacea pero, en general, convengamos que los otros métodos anticonceptivos hoy por hoy son un tema en tanto y en cuanto la droga que nosotros damos todas tienen metabolismo hepático" (infectóloga).

"Desde infecto tenemos consultorios destinados a la embarazada con extracción de sangre simultánea a la atención, la parte obstétrica también está resuelta, para las pacientes que se controlan no tenemos transmisión vertical. En los últimos tiempos nos estamos manejando con [menciona un lugar privado] que le ha dado respuesta también a los pacientes del hospital en cuanto a inseminación, lavado de semen Pero las que no están embarazadas es un problema porque no está esto en el pensamiento de los infectólogos" (infectólogo).

"Yo llevo a la gente que hace anticoncepción en el hospital, pero es un tipo muy cerrado" (infectólogo).

"Los obstetras, eh, tendrías que entrevistarlos, pero no le dan mucha bola al tema, la verdad, en general, ¿no? Empiezan con la concepción y terminan en el parto" (infectólogo).

"Eh... con gineco es difícil el trato. Son todos del Opus" (infectólogo).

Desde Obstetricia no se considera que es parte del trabajo y se supone que el PSRPR se ocupa:

"No se llegó a incorporar un ginecólogo, una ginecóloga al equipo, entonces caemos en el vacío" (médica obstetra).

"Nosotros llegamos hasta el puerperio, esa es nuestra función, seguimos a la paciente en internación" (médico obstetra).

"Nosotros no hablamos de ese tema porque atendemos a la mujer en otra etapa, ella está disfrutando de eso y nosotros la atendemos y ya te digo que no sabemos si ellas van después a Procreación, nosotros las mandamos pero sé que la mayoría no van" (médico obstetra).

"Y ahí llegamos, después dejamos librado a cada una su derecho a ser madre (...) Pero bueno, es difícil, es un tema complejo, es un tema por ahí privado en el que cada pareja tiene que decidir, ¿no?" (médico obstetra).

"La paciente que tiene VIH y que tiene un DIU, me refiero a que no está embarazada, no la vemos porque la sigue infecto, si es que tiene que seguir con el tratamiento de AZT o con algún tratamiento, maternidad no las sigue viendo a esas pacientes a menos que se vuelvan a embarazar. Ninguna decide con fundamento en ese momento [después del parto] porque tenemos una relación de treinta días después del parto, es difícil para que una mujer te diga 'no quiero nunca más tener un hijo o quiero tener otro hijo ya', ese es el tema... así que no te puedo precisar, como tampoco te puedo decir qué método anticonceptivo termina utilizando en la vida privada porque nosotros no la vemos porque nosotros no la seguimos" (médico obstetra).

"No es que la paciente llega a los nueve meses, o sea la paciente viene controlándose y allí me parece, esto es una reflexión que hago, que podríamos darle mucha más información, muchísima más... que bueno... también me pregunto por qué no se la damos al resto de la población" (médico obstetra).

"Vuelven acá las pacientes, vuelven acá, se les extrae los puntos, a veces las veo yo, lo que pasa es que ya una vez que han tenido familia... ya las puérperas, es como que yo no hago puerperio" (médica obstetra).

"En realidad sabemos que con el DIU no hacemos nada, el problema acá es no echarle más leña al fuego. Una mujer con VIH con un DIU es una bomba de tiempo" (médico obstetra).

"Yo te diría que puede ser un cincuenta por ciento que ya tienen chicos no siempre son positivos, a veces tenés uno positivo, el que viene y uno negativo. Por eso te decía que a nosotros nos llama la atención. El tema

de la anticoncepción viene después... vuelvo a decirte que el tema de la planificación es muy complejo, porque yo me pregunto, está bien, le damos los preservativos pero esperemos que esta vez cumpla con eso porque es... ante una pareja que no quiere usarlos y ella no se sabe imponer o ella lo quiere ocultar, no debiera... Eso se charla con la gente de planificación. Preservativos siempre, hasta ahí llegamos... Sabemos que el DIU en estas pacientes lleva a infecciones y bueno, hay con los orales todo el tema de las contraindicaciones... es muy complejo el tema y... además el diafragma no es un método muy usado. Podrías hablar con la gente de salud reproductiva, yo creo que a veces en la Argentina por desgracia el control de la natalidad es bastante complejo que se cumpla, porque es un tema educacional, un tema que por más que se habla hay que llevarlo a la práctica y es un tema de educación fundamentalmente. Entonces pareciera que la anticoncepción es el embarazo, llama la atención que son pacientes, no te lo puedo decir con exactitud, pero me parece que con una tasa de abortos provocados a pesar de la patología que tienen o sea que se aferran mucho a ese hijo, eso es importante, porque sabemos lo que se viene, la puérpera de 30 días, vos ya sabés, inicia relaciones, no se controla, planificación tampoco se los regala todo, sino que les explica les vuelve a explicar, le toma un PAP, si están amamantando no hacen nada pero después las van citando para una mamografía, o sea control como corresponde... yo creo que es importante, porque lo que te estoy diciendo de la multiplicidad de chicos a nosotros nos llama la atención... si infectología cree que va a poder tolerar eso [que la gente use métodos anticonceptivos]" (médico obstetra).

"Hay un consultorio acá en el hospital de PPR pero una de las condiciones para ponerle el DIU es que sean HIV negativas (...) creo que está entre los requisitos o es una disposición interna no sé bien (...) es un tema delicado el tema de la anticoncepción por los orales, yo les preservaría el hígado para su enfermedad de base [puede tener también hepatitis asociada], podrían utilizar preservativo, la fecha pero todo lleva un tiempo de charla y de explicación y de educación más que nada. Vuelven con un nuevo embarazo, o con varios. Vuelven al mismo médico, algunos son buscados y otros lamentablemente no, o a veces los métodos fallan, este el DIU no es tan efectivo como uno cree o sea tiene un ochenta, noventa por ciento de efectividad y la paciente cree que con eso ya está" (médica obstetra)

"¿La anticoncepción? Bueno... [ríe]" (médico obstetra).

"Siempre nos costó el trabajo con procreación responsable" (médico obstetra).

"Con demanda de DIU sí, y fundamentalmente con solicitud de ligadura de trompas que obviamente, viste las embarazadas se lo plantean gran parte de las veces tarde, esto obviamente no es una decisión que podamos tomar nosotros sino que la derivamos al juez de su zona para que se evalúe y ellos autoricen este tema, con lo cual esto lleva meses y nunca coincide con el momento de la cesárea, yo tengo una sola mujer que llegó acá con la consulta con la primer consulta en el primer trimestre que venía de provincia, y cayó diciendo y estuve haciendo yo los trámites para la ligadura de trompas, creo que la autorizó el juez" (médica obstétrica).

Desde de los profesionales del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable:

La mayoría de los entrevistados manifestó no haber asesorado a un gran número de pacientes con VIH/sida y algunos dijeron que no atendieron nunca a ninguna mujer con VIH.

"No tuvimos muchas pacientes positivas. En general creo que fueron una o dos pacientes nada más, en dos o tres años que hicimos la experiencia" (ginecóloga PSRPR).

"Hasta se le ha colocado un DIU a algunas y le decimos que usen el preservativo. Si lo usan no sabemos. Muchas no vienen más al control. Se colocan el DIU y desaparecen. Por ahí los controles lo hacen en otro lugar o centro... Lo hablamos con los infectólogos del hospital, si a estas pacientes se les puede colocar un DIU o no. Pero ya le digo, es muy poca la experiencia, muy pocas las pacientes con HIV que vienen" (tocoginecóloga).

"Nunca atendí a una paciente HIV. Supongo que eso lo atiende el médico que la atendió en el embarazo o el infectólogo" (tocoginecóloga).

Se hizo referencia a estas mujeres como "pacientes especiales", que concurren a buscar un método anticonceptivo y luego no vuelven a con-

troles, como una actitud negativa de ellas.

"E: ¿Han tenido algún caso que se haya acercado a buscar un método alguna mujer que dijera que tenía HIV?

- No son muchas, tenemos una paciente que venía cada tanto. Bueno, le dábamos los preservativos pero eh... es como que.. vienen a cualquier hora, siempre sin turno y nos apuran: 'Sí, necesito el preservativo'. O sea que como que no les interesa demasiado venir al consultorio, hacerse los controles" (tocoginecóloga).

Se mencionó que a estas pacientes se les recomienda seguir utilizando preservativo, independientemente del método anticonceptivos que usen, para protegerse de reinfecciones, enfermedades de transmisión sexual o proteger a sus parejas. Los profesionales manifestaron escepticismo acerca de que el preservativo sea usado.

También hubo diferentes respuestas con respecto a los métodos anticonceptivos recomendados. Con frecuencia se expresó que no se ofrecería DIU o que se desaconsejaría por riesgo a contraer distintos procesos infecciosos o porque la utilización del DIU disminuiría el uso del preservativo recomendado en la doble protección.

Desde los usuarios:

Cuando se les preguntó a las PVVIH si habían recibido alguna clase de asesoramiento con respecto a métodos anticonceptivos, las respuestas fueron prácticamente todas negativas. Conviene destacar también que al relatar su trayectoria previa en el uso de anticonceptivos, las descripciones eran bastante heterogéneas, aunque se podían apreciar recorridos muy similares a los de las mujeres seronegativas. Algunas habían usado métodos de modo consistente, otras habían realizado usos erráticos de diferentes métodos y otras nunca habían tenido acceso ni a información ni a métodos antes del diagnóstico de VIH.

"E: Por ahí, si no querés quedar embarazada a veces lo usan para reforzar, suponte, si el preservativo llega a fallar o eso, toman pastillas algunas o está el DIU ¿Nunca te hablaron tampoco de eso?

- No, no sabía, no, no, no, para nada" (mujer).

"E: ¿Te acordás alguna recomendación que te dieron durante el embarazo?"

- No, no me acuerdo, pero todo bien, bueno, que el pecho no le tenía que dar.

E: ¿Y te hablaron de otro embarazo?"

- No, lo único que me dijeron es que tenía que esperar, que no podía tener muy seguidos porque tenía con cesárea, nada más" (mujer).

"E: Y acá, con los infectólogos, ¿no se da que ellos te planteen el tema de la sexualidad o de métodos anticonceptivos?"

- No, no, porque yo con este médico recién hace un mes va a hacer, pero lo vi dos veces nada más.

E: ¿Y con los otros de antes?"

- Tampoco.

E: En general no son temas que charlan..."

- Claro, no" (mujer).

"E: Cuando entrabas al ginecólogo, ¿te preguntaba si querías tener hijos o si te estabas cuidando con algún método?"

- No.

E: En general como que nunca charlaste mucho de métodos anticonceptivos ¿no?"

- No, lo que me decía es que me tenía que cuidar con preservativos y nada más, pero así hablar de lo que se tiene que hablar, no, porque capaz que yo todavía no sé que temas hablar sobre las relaciones sexuales" (mujer).

"Tengo cuatro chicos, la última tenía 6 años, yo quería tener otro, ni idea del HIV porque sino nunca en mi vida hubiera querido tener otro hijo más. Si, y el médico me dijo, porque yo lo que le decía al doctor es que si yo en algún momento me hubiera enterado que tenía el HIV no quiero tener, ni siquiera la nena, no la hubiera querido tener tampoco, y después, encima, me entero de que ya estaba embarazada también y directamente, cuando me lo dijeron así, yo me lo quería sacar, mi hermana me juntó plata, iba a ir, me lo iba a hacer, me lo iba a hacer sacar porque no quería que nazca con eso, no quería, me puse con que no. Después yo hablé con los médicos, con los pediatras, y los pediatras me decían que no, que no me haga nada, porque a lo mejor, me dicen: 'Encima no sabemos si tenés altas las defensas o qué, te hacés algo y te podés morir vos también', mi marido encima queda sin trabajo, la

empresa quiebra y queda sin trabajo, yo que trabajaba toda la semana estando embarazada no podía trabajar y tuve que dejar los trabajos, no había entrada en ningún lado, no tenía ni siquiera para darle de comer a los otros dos, le digo: 'La tengo a ella enferma acá, no tengo para darle de comer a los otros dos chicos, la tengo a ella acá desde los tres meses internada, ¿usted se cree que haciendo cagar de hambre a mis hijos yo iba a querer tener otro, encima sabiendo lo que tengo, que a lo mejor esta nena lo puede tener, y voy a traer otro hijo al mundo? El doctor me dijo que él me iba a preparar la cesárea. 'Bueno, yo lo voy a tener, pero con la condición de que cuando me hagan la cesárea que me liguen las trompas', y me dice: 'Todo eso hay que hablarlo porque todavía no está permitido', 'Pero con la enfermedad que tengo ¿no se puede hacer igual?', 'No se puede igual'. Entonces yo lloraba, gritaba y pataleaba, yo le decía: 'No tengo para darle de comer a mis otros hijos, imagine si quiero tener otro más' y le digo: 'Tengo 32 años, va a nacer mi hijo, hasta que me agarre la menopausia voy a tener 40 o 45, en esos años que tengo, 10 hijos más, yo no quiero tener más familia, y más sabiendo la condición que yo tengo, no quiero saber nada, a mí me encantan los hijos, Dios ya me dio 4, no quiero más, no quiero más porque tengo el HIV'" (mujer).

Opinión sobre propuestas para realizar cambios

En el último tramo de las entrevistas, se informaba a los entrevistados sobre la intención de la Coordinación Sida de impulsar modificaciones dentro de los circuitos establecidos, a fin de redimensionar la atención de las personas que viven con VIH y que esta pudiera integrar los aspectos vinculados a la maternidad y la paternidad, la necesidad de contar con asesoramiento para procrear en las mejores condiciones y de brindar orientación anticonceptiva a las personas, como modo de "cerrar" el circuito de una atención de alta calidad.

Se consultaba también sobre cómo imaginaban ellos la organización de estas nuevas prestaciones, entendiendo que hay ciertos niveles de problema que en teoría podrían ser resueltos en todos los hospitales (asesoramiento en reproducción y anticoncepción, entrega de métodos anticonceptivos) y otros que, como es el caso de las prácticas de fertilización asistida y lavado de semen, requieren de un nivel mayor de tecnología y la formación de un equipo especializado.

En todos los casos los profesionales prefieren cerrar los circuitos dentro del propio hospital, manifestando las dificultades económicas y de tiempo que ya tienen las personas para trasladarse. Para el caso de la anticoncepción, todos coincidían en la necesidad de revisar los recorridos dentro del hospital. Para el caso de reproducción, si bien lo ideal sería también evitar mayores desplazamientos, se veía que el contar con un lugar de referencia era una respuesta a un problema que hoy sólo pueden solucionar aquellos con recursos para atenderse de modo privado.

"Vería difícil que haya dos o tres centros de referencia fundamentalmente por el problema económico [se refiere al traslado de los pacientes]. Lo mejor sería formar gente o establecer referentes en los distintos lugares, en cada centro de salud" (tocoginecólogo PSRPR centro de salud).

"Yo creo que sería mejor para todos, tanto para el profesional como para la paciente, que hubiera un equipo específicamente para ese grupo de pacientes, un equipo interdisciplinario que funcione con este grupo" (tocoginecóloga PSRPR).

"Obviamente lo más operativo es hacerlo adentro de cada hospital porque la realidad de estas pacientes es que no salen ni a controlarse ellas, mucho menos van a salir a otro hospital (...) creo que lo ideal sería dentro de cada hospital que se informe, que se forme un grupo que pueda responder a eso, y que persiga el tema" (infectólogo).

"Lo que pasa es que a mí no me queda mucha elección porque nosotros obstetricia no tenemos, o sea que nosotros tenemos que derivar, el tema de sexualidad se puede manejar en el hospital, me parece inclusive mejor manejarlo porque si me plantean '¿puedo tener relaciones?', ¿qué le vas a decir?, ¿'andate a otro lado'? Eso me parece que es algo que podemos manejar nosotros lo mismo con anticoncepción... pero nosotros no tenemos opción la obstetricia la tenemos que derivar no depende de nosotros que haya un servicio de obstetricia en el hospital, eso depende... es una decisión más a nivel secretaría supongo, así que me parecería bien que hubiera un centro de referencia, un centro de la municipalidad como para que podamos derivarlos a un lugar, me parecería bien eso" (infectóloga).

"Yo creo que con esto, como con lo de la procreación responsable y demás, como cada uno le va a argumentar problemas éticos, religiosos, entonces yo no vería como algo malo que se hiciera un lugar de referencia. Van a hacer esa consulta, y a mí me parece bien que la haga... Yo le diría a la gente de procreación responsable que yo me lo hubiera replanteado hace mucho tiempo, si yo lo tengo que hacer, un centro de referencia para estos pacientes. A lo mejor lo harán, a lo mejor lo tienen hecho y uno no lo conoce, no creo" (infectólogo).

"Yo le veo una ventaja en formar grupos de referencia en determinados centros, es que no hay por el momento tanta población en esa condiciones, lo cual reduciría evidentemente el trabajo. Y la desventaja que le veo es que la gente no tiene dinero para movilizarse, es decir, no tiene dinero para viajar, si a los pacientes nuestros les decimos: 'Vayan al Argerich', se van caminando, pero si les decimos: 'Vayan al Fernández', no van a ir porque no van a tener plata, no hay tampoco mucha disponibilidad de tiempo, nosotras vemos que las mamás siempre vienen con el tiempo justo, entonces proponerle otra consulta, ir a otro lado, cuando ya tiene tres o cuatro chicos y ya tiene que venir a la consulta de los chicos y dejar los otros a cargo de alguien, lo veo un poco complicado. Al fin y al cabo no es algo que necesita mucha aparatología de un hospital de mucha complejidad, es algo que en general se suela con poquito capacitar a la mayoría" (infectóloga)

Los profesionales enfatizaron también la necesidad de contar con más herramientas conceptuales y habilidades de comunicación, y proponían la organización de capacitaciones sobre estas temáticas, así como la creación de espacios que permitieran reflexionar sobre aspectos que requieren de "debates éticos".

"Puede ser muy útil para algunos servicios, que pueden necesitar el apoyo de los servicios con mayor experiencia en el manejo de la problemática... integrarse desde el punto de vista científico alguno de sus colaboradores a la actividad de los servicios que tienen más experiencia. También están las reuniones científicas, para establecer criterios comunes de eficiencia en el manejo de estos casos" (ginecóloga PSRPR).

"Los infectólogos necesitan educación claramente en ese sentido, quizás va... va a ser infructuoso, pero bueno, la... la educación la necesi-

tan. Y no sé, trataría de establecer un trabajo en equipo más fuerte entre los grupos de procreación responsable y los médicos de cabecera de esos pacientes. El tema con esta patología es... para el infectólogo es un problema serio porque, digamos, si no está formado específicamente en esto, tiene enormes baches la formación, enormes baches, entonces, esto no, digamos, es una patología que es crónica, necesita un médico de cabecera que tenga amplitud de criterios, que pueda ver diferentes... o sea: embarazadas, chicos, anticoncepción, bueno, los temas... tenés un poco el cartón lleno. Eh, para eso hay que tener una formación un poco más amplia y al mismo tiempo apertura de criterios para trabajar, porque los grupos de procreación están en todas partes, por ahí hay que establecer más, vínculos más estrechos con otros grupos. Los comités de sida son ámbitos donde esto podría ser útil en las instituciones si funcionan, porque también, un sello no sirve de nada, ¿no?" (infectólogo).

"Uno se enfrenta a la necesidad de una formación que no... no existe en este momento en el currículum local. Que involucra, bueno, muchos aspectos: médicos, no médicos, legales, bueno, en fin. Que por eso te decía, trasciende mucho la formación médica tradicional, incluso de los especialistas en infectología, ¿no?" (infectólogo).

Muchos también plantearon que la atención de este tipo de problemáticas debe ser abordado con equipos multiprofesionales, que pudieran incluir también la participación de personas que viven con VIH debidamente entrenadas.

Algunos entrevistados mencionaron explícitamente la necesidad de que existan espacios de intercambio y articulación entre la Coordinación Sida y el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

"Hay que organizar una jornada entre los dos programas [PSRPR y Sida] para debatir sobre los caminos a seguir para que los mismos puedan trabajar mancomunadamente, tratando de integrar las dos opciones" (médico obstetra).

¹⁰ Los subrayados son nuestros.

¹¹ Sobre prácticas de discriminación a personas con VIH desde los servicios de salud y/o educación, ver Etchegoyen et al., 1996; Grimberg et al., 1997; Biagini, 2000; Strode y Grant, 2001 y Kmita et al., 2002.

IV Comparación de los resultados con estudios similares

Dificultades de los servicios de salud para trabajar los temas vinculados a la sexualidad, los cuidados anticonceptivos y los deseos y temores de formar familia en las PVVS

Las dificultades para lidiar con la sexualidad de las personas no ocurren solamente en nuestros servicios. Los estudios brasileños que han investigado estas problemáticas en Centros de Referencia en VIH/sida han encontrado situaciones semejantes, y han generado también propuestas que vale la pena tener en cuenta para enfrentar estos nuevos desafíos.

Buscando indagar la percepción de las usuarias sobre los servicios de salud a los que asistían, Santos et al. (2002) hallaron cuatro situaciones idénticas a las que encontramos en nuestro estudio:

- 1) Que las mujeres atendidas evaluaban muy positivamente a los servicios y a la mayoría de los profesionales que los conforman.
- 2) A la mayoría le gustaría discutir cuestiones de sexualidad con sus médicos infectólogos, que son los profesionales quienes tienen más contacto, con los que se crean vínculos y con los que tienen familiaridad.
- 3) Bajo acceso y poco confort con la atención psicológica, en centros de excelencia como los investigados.

4) Las entrevistas grupales con profesionales de la salud mostraron que casi todos los profesionales no conversaban sobre adhesión a uso del preservativo, sexo seguro o uso de métodos anti-conceptivos o cualquier otra cuestión relacionada a la salud reproductiva de las mujeres, por lo menos no con el mismo énfasis con el que conversaban sobre adherencia a los antirretrovirales y otros medicamentos.

Las mujeres indican que no encuentran espacio suficiente para conversar sobre su vida sexual, espacio que debería existir si pensamos en el impacto que tiene el uso del preservativo en su salud y la de sus parejas.

Oliveira (2002) observó el trabajo de profesionales de la salud en centros de VIH/sida tanto en sesiones grupales e individuales con mujeres (citas médicas, sesiones de aconsejamiento, pre y post test, cursos de pre parto). Sus hallazgos confirman las percepciones negativas reportadas por los hombres y mujeres que fueron entrevistados. Si desde el punto de vista de las personas sus necesidades reproductivas son obvias, para el sistema estas no son consideradas, son vueltas invisibles o tratadas como problemas que surgen en el curso del tratamiento de prevención madre-hijo o control clínico de la infección por VIH. Si bien los trabajadores de la salud hacen seguimiento de mujeres positivas futuras o potenciales madres, encuentran grandes dificultades para hablar o tratar con las singularidades del caso.

El estudio ya citado (Paiva et al. 2002a) sobre 1.068 mujeres que viven con VIH/sida recurrió a técnicas cuantitativas para crear un "escore" que permitiera medir en mujeres y hombres (Paiva et al. 2003) con VIH/sida el "espacio para hablar de sexualidad" basado en las respuestas a las preguntas: "¿Usted tiene facilidad para hablar de su vida sexual con: a) infectólogo, b) ginecólogo, c) psicólogo, d) asistente social, e) enfermero?" "¿Con quién se siente mejor para conversar sobre sexualidad en el centro donde es atendida?" El análisis de las respuestas de las mujeres mostró en primer lugar la siguiente tabla de frecuencias:

¿Con quién se siente mejor para hablar de sexualidad en el hospital donde es atendida? (N = 1.068)

Miembro del equipo de salud	Porcentaje de acuerdo (%)
Psicólogo	59
Infectólogo	56
Ginecólogo	51
Asistente / Trabajador social	33
Enfermero	25

Cuando analizaron la escala de espacio para hablar de sexualidad (a partir de la combinación de las respuestas de cada mujer con los diferentes miembros del equipo), los puntajes fueron muy bajos. En la escala que iba de 0 a 15, el score medio fue de 5.1. El 85% de las mujeres tuvo hasta 8, lo que indica que esas mujeres encontraron poco espacio para hablar sobre su vida sexual. El espacio para hablar de sexualidad no se altera en función del tiempo de diagnóstico ni tampoco por la edad de la mujer entrevistada.

Otro estudio (Paiva et al. 2003) muestra los resultados de aplicar igual metodología de estudio pero sobre una población de pacientes varones.

Cuando les preguntaron cuán cómodos se sentirían hablando con los diferentes profesionales de salud sobre sexualidad y reproducción, los pacientes entrevistados consideraron que esto era más difícil de abordar que otros temas, más allá de la especialidad del miembro del equipo de salud. Consideraban al infectólogo como su médico de cabecera, y con el que se sentirían más a gusto hablando de estas cuestiones.

En una escala de 1 a 12 para poner puntaje a cuán cómodos se sentirían hablando sobre sus vidas sexuales con profesionales de la salud a quienes acceden, la media era menor a 6.4.

El trabajo "¿Sin derecho a amar: hombres y varones? La voluntad de tener hijos entre hombres (y mujeres) viviendo con HIV" (Paiva et al. 2002b) concluye que:

- hablar sobre asuntos generales fue considerado siempre más fácil que hacerlo sobre preocupaciones de la vida sexual y reproductiva, independientemente del profesional que fuera;
- el infectólogo fue considerado el profesional con quien tendría más facilidad y comodidad, también para hablar sobre sexualidad; y
- la media de confort fue baja para todos, pero más baja todavía para las mujeres.

A las personas también se les preguntó lo siguiente: "Si le decís al médico que te acompaña: 'Yo quiero tener un hijo', ¿cuál te parece que será su reacción?"

La mayoría de las mujeres pensaba que su médico se iba a oponer a priori, y un tercio de ellas pensaba que el médico iba a decir "que es una locura". El 27% de las mujeres cree que el médico les daría información para que ellas pudieran tomar una decisión.

Cuando les preguntaron a los varones cómo imaginaban que el médico iba a reaccionar si expresaban los deseos de tener hijos, la mitad pensó que el doctor estaría en contra, 24% esperaba una actitud imparcial, 10% pensó que iba a ser apoyado. El 16% restante no podía imaginar la situación de hablar con el médico sobre esto.

Los resultados, también observados en estudios similares, muestran dificultad por parte de los servicios de salud para recibir las demandas vinculadas a la maternidad, dimensión tan central y eje de construcción de la identidad femenina en nuestros países.

Al preguntar a los hombres y mujeres por el conocimiento que tenían respecto a transmisión vertical, métodos anticonceptivos adecuados para PVVS y momento ideal para la reproducción con los menores riesgos de transmisión del virus, los resultados mostraron que para muchas mujeres faltaba información sobre cuál era el mejor método anticonceptivo para ellas y de cuál era la mejor forma de quedar embarazada disminuyendo el riesgo de que el bebé naciera infectado.

Es alta la proporción de entrevistadas que no fue informada de la existencia de métodos anticonceptivos más indicados para mujeres que

viven con VIH/sida (53%). La gran mayoría de las mujeres no conocía ni el preservativo femenino¹² ni el diafragma. El 25% no fue informado de que podía transmitir el virus al bebé, el 27% no sabía que el virus se transmite durante el parto o el amamantamiento, ni que existe medicación específica para la madre durante la gestación (24%) y para el bebé (30%). Están mejor informados sobre la necesidad de proteger a las parejas sexuales y de protegerse a sí mismos de una reinfección el 85%.

En el caso de los varones, estos tenían menos información sobre TV que las mujeres. La fuente de información habitual eran los medios de comunicación, no los profesionales de la salud.

Antes de plantear algunas hipótesis que permiten empezar a buscar respuestas y propuestas para estas dificultades, conviene recordar el gran peso que tienen las acciones de los servicios de salud sobre la vida reproductiva de las personas.

Knauth et al. (2003) realizaron un estudio a través de entrevistas a 60 mujeres con VIH que atendían sus partos en dos hospitales de San Pablo y Porto Alegre. Las mujeres fueron entrevistadas en dos momentos: antes y después del parto. Los resultados que encontraron fueron los siguientes: en Porto Alegre 29 de 30 mujeres refirieron no querer tener más hijos luego de ese embarazo. 21/29 refirieron querer ser esterilizadas luego del embarazo que estaban cursando. 2/29 mujeres fueron esterilizadas en Porto Alegre. En San Pablo 28/30 no querían tener más hijos, 22/28 quisieron ser esterilizadas y 15/28 fueron esterilizadas.

El estudio permite extraer dos conclusiones importantes: la alta proporción de mujeres con VIH que refirieron querer una ligadura de trompas, y el peso que tiene la cultura institucional en la provisión de métodos anticonceptivos. Tal como señalan las autoras, las decisiones reproductivas de las mujeres no ocurren solamente en la esfera privada, más bien son condicionadas por un grupo de factores institucionales y culturales que van más allá de los deseos individuales y las experiencias.

Preguntas e hipótesis

La información presentada hasta aquí no busca esconder ni quitarle peso a los temores de gran parte de los profesionales de la salud, quienes como hemos mostrado en los resultados de las entrevistas, sienten mucha angustia al enfrentar los embarazos en las PVVIH, el estigma de la enfermedad y la posibilidad, aunque fuera mínima, de que el bebé pudiera nacer infectado por el virus.

Conviene de todos modos dar lugar a la siguiente pregunta: ¿por qué la angustia se expresa a través de la negativa al derecho que tienen las personas de recibir información y asesoramiento para ajustar las posibilidades y las decisiones de las personas con VIH?

Los profesionales de la salud parecen tener miedo de que, abriendo la discusión sobre prevención y anticoncepción, las personas se sientan respaldadas para tomar posturas en relación con la planificación familiar con las cuales esos profesionales no están de acuerdo, basados en sus concepciones técnicas y en sus propios principios morales y éticos. Prefieren así, mantener una postura hermética, como si esto fuese suficiente para que todos los usuarios de los servicios siguiesen a pie juntillas sus orientaciones de prevención y anticoncepción (Paiva et al., 2003).

Querer tener un hijo es un deseo legítimo de hombres y mujeres, sea por motivos religiosos, para dar sentido a sus vidas, porque así son las normas de género en las que se han socializado (una mujer es mujer cuando tiene hijos, el hombre se demuestra a través de su fertilidad) o porque les gustan los chicos.

Hombres y mujeres necesitan soporte para elaborar sus emociones y deseos sexuales al mismo tiempo que lidian con el hecho de vivir con el VIH. Necesitan ayuda para tomar decisiones informadas como parejas y como familias sobre si tener o no un hijo, y qué hacer para prevenir nuevas infecciones y/o reinfecciones.

Tenemos que preguntarnos por qué la comunicación con hombres VIH positivos en lo referido a tener una familia es tan limitada, aun para especialistas en trabajar con los aspectos de estigma del VIH.

El rol y su responsabilidad como padres no son reforzados en los lugares donde los hombres son atendidos, dado que la socialización de los

hombres no los incluye como corresponsables del aspecto reproductivo de su vida sexual. En cambio, las percepciones sobre la sexualidad y las intenciones reproductivas de aquellos que viven con VIH continúan confinadas a los estereotipos de promiscuidad construidos en los comienzos de la epidemia (homosexuales y travestis, usuarios de drogas, trabajadores sexuales y cualquiera considerado "promiscuo") que, de acuerdo a la cultura y la tradición, no deberían tener hijos.

Esposas y madres, que se supone están a salvo y protegidas por el matrimonio, como los esposos con los que tienen relaciones sexuales, no están asociados con las imágenes de aquellos que viven con VIH. La infección por VIH no "entra" en los significados de esposa/madre o esposo/padre.

Estos estereotipos, que todavía son dominantes, contribuyen a malgastar los recursos sociales que podrían estar ayudando a reducir sufrimientos innecesarios. Es urgente lidiar con nuestros prejuicios y temores, para poder dar una mejor respuesta a lo que de todos modos está sucediendo, que es la realización de abortos por parte de personas que quedaron embarazadas sin tener métodos para evitarlo, así como el nacimiento de niños esperados de mujeres y/o varones que viven con VIH.

Vida sexual, serología de la pareja, uso de preservativo y/u otros métodos anticonceptivos. Deseos de embarazo en mujeres y hombres que viven con VIH

Lindsay et al. (1995) estudiaron entre 1987 y 1989, el impacto que tenía el conocimiento del diagnóstico de VIH en las elecciones anticonceptivas así como en la decisión de nuevos embarazos con espacio intergenésico breve. Hicieron un estudio retrospectivo de cohorte en 83 mujeres infectadas por VIH (todas asintomáticas) y 218 mujeres con serología negativa como controles. Los principales resultados reportados son:

- El 90% de las mujeres positivas y 98% de las negativas eligieron métodos en post parto.
- En cuanto a las variaciones significativas en la elección de métodos, se encontró que era más posible que las mujeres VIH positivas se esterilizaran y era menos posible que eligieran pastillas.
- El riesgo de repetir embarazo era levemente más bajo en las mujeres

seropositivas. La gran mayoría de los embarazos tanto en positivas como negativas (90 y 82%) fueron no planeados, aunque las mujeres que habían tenido control prenatal se embarazaban menos.

"Es sorprendente -destacan los autores- que las mujeres positivas que eligieron orales tuvieron una alta tasa de re embarazos, que fue similar a las que usaron espumas y preservativos (...) Esto significa que la adherencia al método juega un rol crítico en la efectividad de los diferentes métodos"¹³ (Lindsay et al., 1995:678).

En el estudio que ya hemos citado de Kline et al. (1995) (ver apartado 1), el examen de los factores asociados con embarazo y resolución de embarazo entre 238 mujeres infectadas por VIH, 55 de las cuales tuvieron un embarazo reciente que ocurrió luego de conocer su serología, brindó las siguientes conclusiones:

Una serie de factores que tienen gran influencia en el comportamiento reproductivo de la mujer involucra las actitudes e intenciones reproductivas de su pareja. Mientras que los análisis univariados sugieren que el deseo de la mujer de tener hijos está relacionado de modo significativo con el embarazo, el deseo de la pareja de tener hijos muestra una asociación aun más fuerte. Más aun, en el análisis multivariado es el deseo de la pareja de tener hijos lo que representa el factor determinante.

Pocos estudios han explorado la actitud de los hombres hacia el tener hijos en las comunidades minoritarias y cómo estas actitudes afectan las decisiones de las mujeres. Sí se sabe que en general los hombres se oponen a los programas de planificación familiar y que los hombres ven la paternidad como una entrada a la masculinidad (ver también Paiva et al., 2002 y 2003).

El estatus serológico de la pareja también está asociado a la posibilidad de quedar embarazada. Las mujeres cuyas parejas son positivas es menos probable que queden embarazadas y más posible que se hagan un aborto, en el caso de quedar embarazadas. Sin embargo, es más posible que quede embarazada y que continúe el embarazo una mujer que desconoce el estatus del marido, más posible incluso que las que tienen pareja negativa. Estos datos indican que las mujeres que ignoran el estatus de su pareja tienen más posibilidad de no usar preservativo (lo que aumenta el riesgo de quedar embarazada).

Otra tendencia que surge de este estudio es que "el proceso que afecta la probabilidad de embarazo después de un diagnóstico VIH positivo difiere en varios importantes aspectos respecto a los procesos que afectan las decisiones vinculadas a la continuidad del embarazo"¹⁴ (Kline et al., 1995:1545). El deseo de tener hijos por parte del hombre y la mujer, que significativamente influyen en que la mujer quede o no embarazada, no muestra asociación significativa con la decisión de continuar o terminar el embarazo. Los autores interpretan lo siguiente: en el momento de prevenir el embarazo, los hombres tienen más poder pues son ellos los que usan o no el preservativo. Por ello, las mujeres tendrían menos autonomía para prevenir el embarazo. Sin embargo, una vez que la mujer está embarazada, ella tendría más poder para decidir si lo llevará a término o se realizará un aborto.

Si bien el uso de anticonceptivos reduce el riesgo de quedar embarazada, proveer información y acceso a métodos anticonceptivos puede no solucionar el problema en la medida en que otros aspectos no sean incluidos en las sesiones de consejería. Es imprescindible, de acuerdo a los resultados del estudio, que los aspectos vinculados a la pareja sean incluidos. Del mismo modo, la mayor posibilidad de quedar embarazadas, que se encontró en las mujeres que desconocen el estatus de la pareja, sugiere que los embarazos no planeados podrían ser reducidos trabajando con las mujeres la comunicación del diagnóstico, así como la promoción del diagnóstico a parejas, y fomentando el aumento de comunicación en parejas afectadas por el VIH sobre ítems relativos a prevención y reproducción.

Santos et al. (2002) estudiaron a 148 mujeres con VIH en San Pablo y obtuvieron los siguientes resultados:

Desde que supieron que eran positivas, menos de la mitad de las mujeres habían continuado su vida sexual activa, si bien más de la mitad refería deseos de tener relaciones. Sólo el 19% sentía confortable la vida sexual. Los problemas relacionados con la enfermedad les "sacan las ganas" (menos deseos, se sienten menos sensuales).

Entre las mujeres solteras, aparece el temor de tener que contar al nuevo hombre que tienen VIH, temor de ser abandonadas. Esto lleva a buscar un compañero también positivo. Así, al indagar sobre serología de sus parejas, 30 mujeres tenían compañeros

negativos, 30 positivos y 15 mujeres desconocían la situación serológica de su pareja.

Las mujeres entrevistadas refirieron haber cambiado radicalmente sus cuidados en la vida sexual cuando supieron que eran positivas. Antes de saber que eran positivas, el 67% usaba algún método anticonceptivo (dos tercios usaban hormonales). Un tercio se había hecho un aborto antes de conocer su estado serológico, y 20 mujeres hicieron un aborto luego de saber que estaban infectadas por el VIH. 14 mujeres estaban esterilizadas antes del VIH, y 7 se esterilizaron luego de saber que eran positivas. Antes del diagnóstico, 6 mujeres usaban preservativo y, luego del mismo, 57 mujeres refirieron usarlo. Sólo 10 mujeres usaban doble protección.

No es fácil la utilización del preservativo en las relaciones entre hombres y mujeres. Hay grandes dificultades de negociación para su uso de una forma general y especialmente para su uso constante en las relaciones estables. Con una pareja casual las mujeres consiguen ser más incisivas sobre este tema, mientras que con parejas fijas parecen no conseguir hacer valer su voluntad o negociar sexo seguro. Esto es coherente con los estudios sobre población general que muestran iguales tendencias.

Los estudios entre parejas serodiscordantes han mostrado que el tener pareja negativa afectaba positivamente el uso del preservativo y que su uso es más consistente cuando la mujer es la que está infectada por el VIH.

Paiva et al. (2002) estudiaron a 1.068 mujeres que viven con VIH/sida y reportaron los siguientes hallazgos: en materia de actividad sexual y parejas sexuales, el 54% de las mujeres tenía pareja y actividad sexual al momento de la entrevista. El 91% había comunicado a su pareja que tenía VIH. El número de parejas con serología discordante era alto (24%). Otro 24% tenía pareja positiva, y un 8% desconocía el estatus serológico de la pareja, la mayoría porque el hombre no quería realizar la prueba.

En cuanto al uso de preservativo, sobre 833 mujeres sexualmente activas, el 67% refirió usar preservativo siempre (uso consistente tres veces superior a la muestra de la población brasileña, 21% vs. 67%). Los investigadores encontraron asociación estadística significativa entre el uso del preservativo y la serología de la pareja: hombre positivo, 59%; hombre con diagnóstico desconocido, 64%; hombre negativo, 79%. La mayoría

de las mujeres que no usaban preservativo afirmó que la pareja no gustaba de usar (61%), que a ella tampoco le gustaba (menos del 20%), que la pareja perdía la erección, etc. Entre las mujeres que tenían vida sexual activa y no estaban embarazadas en el momento de la entrevista, 23% no estaba usando ningún método, 43% usaba preservativo, 25% estaba esterilizada y 2% usaba hormonales.

El mismo equipo de investigación (Paiva et al., 2003) realizó un estudio equivalente sobre población masculina con VIH, y obtuvo los siguientes resultados: sobre 250 hombres que refirieron tener relaciones sexuales con mujeres, el 38% había tenido también relaciones con hombres. De los que tenían relación estable con mujeres, el 32% vivía con una mujer con VIH, el 60% con una mujer negativa y el 13% desconocía la serología de su pareja¹⁵. A la pregunta sobre si quería tener hijos en el futuro, el 43% respondió que sí, el 52% que no y el 5% que no sabía. Quienes querían tener hijos enumeraban algunas de las siguientes razones: "no tuve hijos", "adoro los chicos", "me hace sentir más hombre", "quiero formar una familia", "me volví a casar", "para tener continuidad, dejar una semilla".

Los estudios citados ponen en evidencia, una vez más, el peso de los valores culturales sobre la maternidad/paternidad, las relaciones de poder entre varones y mujeres en detrimento de la capacidad de elección de esta última. Las intervenciones desde los programas de salud no contemplan, en general, estos elementos y abordan a las personas desde modelos individuales y exclusivamente racionales. Esto conduce, muchas veces, a culpabilizar a la persona por su incapacidad de controlar cuestiones que no están a su alcance. A su vez, genera ruidos en la comunicación que debilita el vínculo entre las personas que acceden a los servicios y los profesionales que las atienden.

¹² A modo de contexto conviene destacar que Brasil se dio una política de: a) distribución masiva de preservativos femeninos de modo gratuito para poblaciones de bajos recursos, y b) acuerdos con la empresa productora para bajar el costo de los preservativos femeninos que se venden en las farmacias. Se realizaron también estudios de viabilidad de aceptación del método y estudios de evaluación de la política de promoción y aumento de accesibilidad al preservativo femenino. Mulheres aprovam camisinha feminina < www.aids.gov.br/mulheres.htm >

¹³ La traducción es nuestra.

¹⁴ La traducción es nuestra.

¹⁵ Compárese con los datos de las mujeres, donde menos de la mitad tenía pareja negativa.

V

Conclusiones y propuestas

El VIH/sida ha afectado desde el comienzo de la epidemia a personas que se encontraban en la llamada "edad reproductiva" y, si bien en un principio de modo más desigual, afectó tanto a varones como a mujeres. La prueba más elocuente de esto es que, desde el comienzo de la epidemia, se han reportado casos de VIH/sida por transmisión vertical (ver apartado 1).

Los fuertes imaginarios que rodearon la enfermedad desde sus inicios y que la vincularon a hombres homosexuales, a "drogadictos" (en su mayoría varones heterosexuales) y su asociación con una muerte inmediata, posiblemente dificultaron la consideración de varias cuestiones que hacen a nuestro tema de estudio, esto es: que las personas que se infectaron por compartir jeringas contaminadas eran en su mayoría varones heterosexuales que mantenían relaciones sexuales con mujeres; que una proporción importante de personas que se infectaron por compartir jeringas contaminadas eran mujeres en edad reproductiva; que muchos hombres homosexuales también mantenían relaciones con mujeres en edad reproductiva, y que algunos de ellos también tenían y/o deseaban tener hijos, etc. Queremos enfatizar que el VIH y la reproducción en personas que viven con el virus fue un tema que "existió" desde el comienzo de la epidemia, pero que por diferentes motivos de orden socio-subjetivo, demoró en instalarse en las agendas científicas.

Como hemos buscado desarrollar a lo largo de este trabajo, los cambios en la epidemiología del VIH/sida, los avances científicos en materia de diagnóstico, prevención y descubrimiento de medicamentos más efectivos han modificado radicalmente el panorama de la enfermedad y su

tratamiento, así como las percepciones sociales al respecto. Por lo menos, en los grupos que se han visto más expuestos al problema, a saber: los propios afectados y los equipos de salud que ya han acumulado más de una década de experiencia en este trabajo.

Los estudios sobre fertilidad, embarazos, deseos de hijos en varones y mujeres, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos permiten afirmar que, desde la vida de las personas, el tema de la sexualidad y la reproducción es insoslayable. La existencia de tratamientos con alto impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas vuelve más urgente la consideración sobre -dicho en términos "filosóficos"- el sentido de la propia vida. Estar bien, estar mejor, estar vivo, ¿para qué? Como vimos a lo largo de los testimonios presentados en el apartado anterior, esta situación no escapa ni a los pacientes ni a los profesionales sensibilizados ante los aspectos vitales de sus pacientes. No son pocos los profesionales que logran ver detrás de un "cuadro" a una persona con actuales o potenciales proyectos de vida.

Sin embargo, los estudios reseñados y el que fue llevado adelante por nosotros en nuestros propios servicios muestran las grandes dificultades existentes para encarar, en el marco de la atención de salud, los aspectos vinculados a la sexualidad, a la fertilidad y a los deseos de maternidad y paternidad de las personas.

La dificultad para lidiar con estos aspectos afecta los sentimientos de las personas que viven con VIH (dolor, incomprensión y soledad, culpa) pero también genera sentimientos negativos y dolorosos en los profesionales: incomodidad, incertidumbre, angustia, dilemas éticos que son vividos como "cuestiones personales" en lugar de ser vistos como problemas sociales y éticos que requieren de la conversación con otros para encontrar soluciones o respuestas que sean vividas como "profesionales" y no como decisiones "personales" (y por lo tanto solitarias).

Pero además, y pensándolo ahora desde el lado de los profesionales de la salud, la dificultad para incorporar estas temáticas en la atención, genera efectos paradójales que atentan contra la propia calidad del trabajo y aumenta los sentimientos de frustración. "La mujer que fue tan bien atendida, que tuvo un hijo negativo, vuelve a los pocos meses con un nuevo embarazo. En algo fallamos."

Nuestro estudio ha mostrado que efectivamente hay un "agujero negro" (después del parto, ¿qué?) en la atención integral de las personas que viven con VIH/sida, y esto tiene que ver con la dificultad para "hacer algo" con la mujer/pareja que deja el servicio de salud luego de haber sido atendida por un equipo que realizó un trabajo que tiene una calidad equivalente (y a veces superior, si lo medimos en términos de tasas de transmisión vertical) a las principales ciudades del mundo llamado desarrollado.

Todos hemos sido socializados en un contexto en el cual la sexualidad se caracteriza por ser un tema privado, confinado a la intimidad, y rodeado de pudor. Si bien hay pautas morales muy fuertes alrededor de esto, estas pautas conviven con la convicción de que en materia sexual "cada uno hace lo que quiere, y quién sería uno para opinar al respecto". Si bien la sexualidad de cada uno sería cosa de cada uno, no ocurre lo mismo con los cuidados que es necesario implementar para evitar embarazos no deseados y prevenir enfermedades de transmisión sexual.

La distribución del conocimiento y el acceso a los métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y a los métodos anticonceptivos es absolutamente desigual en nuestras sociedades, y se encuentra atado a los patrones culturales y económicos de los diferentes grupos, tal como hemos mostrado en los diferentes estudios disponibles sobre estos temas.

La existencia de abortos que se realizan de modo cotidiano y la prohibición de realizarlos dentro de las pautas legales son la muestra más cabal de los límites a la libertad de la "vida sexual de cada uno". Es allí donde el sistema de salud encuentra la justificación para actuar, intervenir sobre la vida sexual y la reproducción (o no reproducción) de las personas. En la medida en que las relaciones sexuales no protegidas conllevan la posibilidad de un embarazo que podrá ser o no deseado, y que podrá finalizar en un aborto, y sabiendo que el aborto es una práctica aún penalizada, quienes formamos parte del sistema de salud tenemos la obligación legal (Ley 418/2000¹⁶) de realizar todos los esfuerzos posibles que estén a nuestro alcance para prevenir esta situación. La oferta de métodos anticonceptivos en el contexto de un asesoramiento adecuado es sin duda la práctica más efectiva.

La formación médica tradicional actúa como obstáculo a trabajar sobre esto en la medida en que encuentra dificultades para considerar como "científico" aquello que hace a aspectos de la vida subjetiva, y por lo tanto no "controlables", de las personas. Ante la vida sexual de las personas, los equipos, efectivamente, podemos OFRECER recursos, pero no podemos garantizar su efectiva implementación. Es preciso vencer este límite donde una acción médica adecuada sería aquella que IMPO-NE y no una que OFRECE.

Los equipos de salud sí podemos ofrecer asesoramiento en materia de reproducción y anticoncepción. Y también podemos "intervenir" sobre las personas que efectivamente desean adoptar un método anticonceptivo. Lo que no podemos ni debemos, claro, es controlar sus vidas sexuales. ¿Pero sería este el objetivo de una intervención de un equipo de salud?

Otro obstáculo detectado a partir de nuestro estudio tiene que ver con la fragmentación del proceso de trabajo, fundamentalmente en el caso de los profesionales que hacen obstetricia. Es preciso (y urgente) redefinir el concepto de "atención integral del embarazo" hasta incluir como parte de esa atención la oferta de información y provisión de métodos anticonceptivos. El Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable es una herramienta para aumentar el acceso al control de la fecundidad por parte de los ciudadanos, pero al mismo tiempo la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires insta a la existencia de prestaciones de este tipo en todos los servicios públicos de la ciudad. Que en algunos efectores estos equipos estén vinculados a los servicios de gineco-obstetricia en el organigrama no excluye que otras personas no afectadas directamente al Programa conversen con sus pacientes sobre estos temas.

El 14 de noviembre de 2003 se realizó una reunión de trabajo de la que participó el equipo de investigación de este proyecto y más de veinte profesionales que habían sido entrevistados. En el marco de esa reunión se presentaron los resultados más relevantes del estudio y se abrió un intercambio sumamente fructífero que permitió trazar el siguiente mapa de situación sobre lo que está ocurriendo, y sobre qué pasos podríamos dar en conjunto para tender a la modificación de las modalidades de trabajo actuales. Se presentan a continuación las conclusiones de ese encuentro.

Obstáculos identificados por los profesionales participantes del encuentro en el accionar cotidiano actual de los servicios de salud

. Dificultad por parte de los equipos de salud de "recordar" los aspectos vinculados a la vida sexual y reproductiva de las personas. La hipótesis que tuvo más alta aceptación fue la que vinculó este déficit a la formación "tanto de grado como de posgrado".

. Dificultades en la implementación concreta del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Se mencionan como obstáculos los siguientes:

- Falta de apoyo político de algunos directores de hospital al programa, lo que se expresa en la poca disponibilidad de recursos humanos y espacio edilicio afectados a esta prestación.

- Horarios restringidos de atención de algunos equipos del PSRPR.

- Falta de dinamismo en la provisión de los servicios por parte de algunos equipos afectados a esta tarea, lo que se expresa en procedimientos de atención que no se ajustan a los recursos efectivamente disponibles, y demoran hasta el límite los tiempos que transcurren entre que una persona demanda un método y el momento en el que logra utilizarlo. Exceso de rutinas de laboratorio. Problemas de accesibilidad a la población que efectivamente demanda las prestaciones.

. Existencia en algunos profesionales de las diversas especialidades aquí estudiadas y también en algunos profesionales que se desempeñan dentro del PSRPR, de creencias y prejuicios respecto a ciertos métodos anticonceptivos, en algún caso respecto a la efectividad general de todos ellos.

. Fragmentación de la atención obstétrica.

Elementos facilitadores para cambiar la atención

Las mujeres establecen en general un vínculo fuerte y positivo con el obstetra que atiende su embarazo. Se detectan las siguientes situaciones cotidianas donde se podría introducir el tema de la ofer-

ta de asesoramiento y provisión de métodos. Estos momentos son:

- En la primera consulta, indagar sobre métodos de cuidado previos al embarazo.
- En los controles pre natales, en particular cuando se habla por ejemplo de la suspensión de la lactancia.
- En sala de internación, luego del parto.
- En consulta de postparto, en particular aquellas mujeres que se han realizado una cesárea.
- En las instancias en que se hace el seguimiento de la serología del recién nacido.
- El vínculo con el médico infectólogo es altamente valorado por los usuarios, quienes de hecho hacen a veces largos recorridos dentro del sistema hasta encontrar un profesional que sea de su "confianza".

El infectólogo tendrá oportunidades para indagar sobre los cuidados anticonceptivos al momento de ofrecer esquemas terapéuticos, considerando que algunas drogas no pueden ser utilizadas por mujeres embarazadas.

- Hay claras razones de orden médico que vuelven necesario introducir la oferta de asesoramiento y provisión de cuidados para regular la fecundidad. Estos son:

- La mayoría de las mujeres que viven con VIH tienen partos por cesárea. Es fundamental aumentar los esfuerzos para garantizar un período intergenésico de por lo menos dos años.
- La inhibición de la lactancia acelera los tiempos de reinicio del ciclo de ovulación. Las mujeres con VIH recuperan su fertilidad antes que las mujeres que amamantan.
- Los abortos en mujeres inmunodeprimidas presentan riesgos aumentados.

- La posibilidad de disminuir la tasa de transmisión vertical en parejas que desean tener un hijo se basa en la posibilidad de programar los embarazos.
- La existencia de medicamentos absolutamente contraindicados para mujeres embarazadas.

Incorporar a las parejas varones a los diferentes momentos de la atención de la mujer embarazada (oferta de testeo, oferta de participación en las consultas, conversación compartida sobre lo referido a los cuidados en las relaciones sexuales) se visualiza como un elemento de alta potencia para el cambio en la concepción del problema y en los modos de atención. Nuestro sistema está sobre ofreciendo a las mujeres, en la medida en que en algunos servicios se realizan hasta tres estudios de diagnóstico de VIH durante el embarazo, y no se ofrece la prueba a la pareja salvo que el resultado de la mujer fuera reactivo.

La mayoría de los profesionales entrevistados, así como de los que participaron del encuentro de discusión de resultados, se mostró sumamente interesada en aumentar su conocimiento sobre estas temáticas, proponiendo incluso la creación de ámbitos no sólo de capacitación en el sentido más formal del término sino también de espacios de debate ético.

Hubo también alto consenso en la necesidad de revisar los circuitos de atención dentro de los hospitales y dentro del sistema, a fin de buscar caminos alternativos a las prácticas que se están llevando adelante hoy en día.

La mayoría de los obstáculos detectados para la atención de la salud reproductiva de las personas que viven con VIH son posiblemente comunes a los que encuentra la población general. Entendemos que es necesario producir cambios en la atención general, pero también creemos que, mientras se construyan estos nuevos caminos, es posible mejorar aun más la calidad de atención de los pacientes, considerando que su número anual y por establecimiento, salvo excepciones, es relativamente bajo.

Los espacios para asesoramiento en la implementación de cuidados en las relaciones sexuales, maternidad y paternidad en personas que viven con VIH, así como la provisión de métodos anticonceptivos deben existir a nivel local (sin derivación o con derivación dentro del hospital o del área programática, incluyendo los equipos conformados dentro de los centros de salud). Habría en principio tres modos de construir estos circuitos, construcción que en principio debe responder a la realidad de cada área. Estos son:

- 1) Los equipos del Programa de Procreación Responsable existentes en el hospital donde la pareja atendió su embarazo y realizó el parto, en el caso de no contar con este recurso a nivel hospitalario, incorporar como espacio de referencia los equipos conformados en el centro de salud más cercano al domicilio de la pareja.
- 2) El equipo de obstetricia que acompañó todo el embarazo extiende el proceso de atención en personas que viven con VIH hasta incluir estas prestaciones.
- 3) Derivación a "servicios amigables" para tratar la problemática, que estén localizados dentro de hospitales y/o centros de salud del sistema.

En cuanto a la posibilidad de brindar apoyo tecnológico para disminuir la transmisión sexual y vertical en parejas serodiscordantes cuando la pareja tiene la decisión tomada de tener un hijo, se ha detectado que por un lado hay algunos servicios de la ciudad que están realizando prácticas de baja complejidad (inseminación). Por otro, hay acuerdo en la necesidad de proveer desde el sistema público las prácticas que se realizan a nivel privado, que son técnicas más sofisticadas de fertilización asistida y lavado de semen. Dado que estos procedimientos requieren de cierta tecnología y de equipos especializados, se propone que lo ideal sería contar con un centro de referencia dentro de la ciudad, dispuesto a recibir derivaciones del resto del sistema.

¹⁶ Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires.

Referencias bibliográficas

- ADASZKO, A. 2003 Vida cotidiana y experiencia de la enfermedad de adolescentes que crecieron viviendo o estando afectados por el VIH/sida: Estado del conocimiento, trabajo presentado en la V Reunión de Antropología del Mercosur. Florianópolis, Brasil, 30 de noviembre al 3 de diciembre.
- ASKEW, I. and BERER, M. 2003. The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against HIV/AIDS: a Review. In: *Reproductive Health Matters*. 11(22): 51-73.
- BERER, M. 2003. Editorial. HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related. In: *Reproductive Health Matters* 11(22): 6-11.
- BIAGINI, G. 2000 El hospital público y la significación social del VIH/sida En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 78. Rosario, CESS: 55-71.
- CAHN, P. 1999. Ética social en sida: el acceso diferencial a los nuevos tratamientos. En: Cahn, P.; Bloch, C. y Weller, S. *El sida en Argentina - Epidemiología, Subjetividad y Ética Social*. Buenos Aires, Arkhetypo: 207-234.
- CAMPOS, G. 1998 O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso *Cad. Saúde Publica* 14(4): 863-870 Rio de Janeiro.
- CAMPOS, G. 2000. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec.
- CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento) / MS (Ministerio de Saúde), 1999. *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV e AIDS. Versão preliminar do Relatório de Pesquisa / Julho. Abril de 2001* www.aids.gov.br
- CONNOR, E.M. et al. 1994. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med*, 331(18):1173-80.
- COORDINACIÓN SIDA. 2001. Documento de misiones y funciones. Documento interno. 11 páginas.
- COORDINACIÓN SIDA. 2002. Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres

embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

CHEN, J.; PHILLIPS, K.; KANOUSE, D.; COLLINS, R. and MIU, A. 2001. Fertility desires and intentions of HIV-Positive men and women. In: *Family Planning Perspectives*, 33(4):144-152 & 165.

CHU, S.; HANSON, D.; JONES, J. AND THE ADULT/ADOLESCENT HIV SPECTRUM OF DISEASE PROJECT GROUP. 1996. Pregnancy Rates Among Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. In: *Obstetrics & Gynecology* 87 (2):195-198.

D'ANGELO et al. 2001. Disclosure of serostatus by HIV infected youth: the experience of the REACH study. En *Journal of Adolescent Health* 29 (3): 72-79.

DELFRAISSY, J. 2002. Femmes et VIH. IN: *Prise en charge des personnes infectées par la VIH.*:267-270.Flammarion.

ETCHEGOYEN, G.; ASCONIGA, M.; LEGARRALDE, M.; GONZALEZ AYALA, S.; CANDREVA, A. 1996. Incidencia de la información en los modos de comportamiento del equipo de salud frente al SIDA. Segundo Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires. CENEP/OMS - CEDES - AEPA: 187-192.

GRIMBERG, M.; MARGULIES, S. y WALLACE, S. 1997. Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre sida. Un abordaje antropológico. En: A. Kornblit (org) *SIDA y Sociedad*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

GRIMBERG, M. 1999. Sexualidad y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH/sida en sectores populares de la Ciudad de Buenos Aires. En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 75:65-76.

HEARD, I. 2002 Oú sont les femmes? *Transcriptase* 100:36-49.

KLINE, A.; STRICKLER, J. and KEMPF, J. 1995. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. In: *Soc.Sci.Med.* Vol. 40, No. 11: 1539:1995.

KMITA et al. 2002. Psychosocial intervention in the process of empowering families with children living with HIV/AIDS. A descriptive study. En *AIDS Care* 14 (2): 279-284.

KNAUTH, D.; BARBOSA, R.; and HOPKINS, K. Between personal wishes and medical "prescription": mode of delivery and post-partum sterilisation among women with HIV in Brazil. In: *Reproductive Health Matters* 11(22): 113-121.

LEROY, V. et al., 1998. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 352:597-600.

LINDSAY, M.; GRANT, J.; PETERSON, H.; WILLIS, S.; NELSON, P. and KLEIN, L. 1995. The impact of knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeat pregnancy. In: *Obstetrics & Gynecology* 85(5). Part 1:675-679.

MANDELBROT, L.M. et al., 1998. Perinatal HIV transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French

Perinatal Cohort. JAMA 280:55-60.

MARINA S. et al. 1998 Human immunodeficiency virus type 1-serodiscordant couples can bear healthy children after undergoing intrauterine insemination. *Fertility and Sterility* 70:35-40.

MERHY, E. 1997. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). Em: CECILIO, L. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec.

MINISTERIO DE SALUD. 1997. Norma Nacional de Sida en Perinatología. Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN 2003 Boletín sobre el Sida en la Argentina. Año X, Nº 22. Octubre. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN 2002 Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS.

MORRISON, C. et al. 2001 Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *Br J Obs and Gyn* 108:784-790.

NDUATI, R.W. et al. 2000. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 283:1167-74.

NEWELL, M.L. 1998. Mechanisms and timing of mother-to-child transmission. *AIDS* 12:831-7

OLIVEIRA, L. 2002. Demandas reprodutivas e assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. Artigo de encerramento do Programa de Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva/NEPO/UNICAMP, 2002 (apud Paiva et al., 2003).

ONOCKO, R. 2002. Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. Mimeo. Campinas/SP.

ONUSIDA, 2002. Donde convergen prevención y asistencia: asesoramiento y pruebas voluntarias, y prevención de la transmisión materna infantil. En: Informe sobre la epidemia mundial de VIH/sida. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.

PAIVA, V.; LATORRE, M.; GRAVATO, N.; LACERDA, R. ENHANCING CARE INITIATIVE. 2002a. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. Em: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6): 1609-1620.

PAIVA, V.; FILIPE, E.; SANTOS, N.; LIMA, T. and SEGURADO, A. 2003. The right to love: The Desire for Parenthood among Men Living with HIV. In: *Reproductive Health Matters* 11(22): 91-100.

PAIVA, V.; LIMA, T.; SANTOS, N.; FILIPE, E. e SEGURADO, A. 2002b. Sem directo de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV. Em: *Psicología USP* 13(2): 105-133.

- PORTNOY F, WELLER S. 2003 Anticoncepción y VIH/sida: un vínculo a profundizar. *Revista Argentina de Medicina General*. Nº 11:26-28.
- SANTOS, N.; BUCHALLA, C.; FILLIPE, E.; BUGAMELLI, L.; GARCÍA, S. e PAIVA, V. 2002. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Em: *Revista Saúde Pública* 36 (4 Supl):12-23.
- SEMPRINI, A. et al. 1992 Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners. *Lancet* 340:1317-19.
- SEMPRINI, A. 1997 Reproductive counselling for HIV-discordant couples. *Lancet* 349:1401-2.
- SINEI, S. et al. 1998 Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet* 351:1238-42.
- STRINGER, J.S.A. et al. 1999. Prophylactic cesarean delivery for the prevention of perinatal human immunodeficiency virus transmission. The case for restraint. *JAMA*;284:1946-9.
- STRODE & GRANT. 2001. The role of stigma and discrimination in increasing the vulnerability of children and youth infected with and affected by HIV/Aids, Save the Children, U.K.
- STURDEVANT 2001. The relationship of unsafe sexual behavior and the characteristics of sexual partners of HIV infected and HIV uninfected adolescent females. En *Journal of Adolescent Health* 29 (3), Sup. 1: 64-71.
- TAVARES 2003. A experiência de adolescer com AIDS. Trabajo presentado en el II Foro en VIH/SIDA/ITS de América Latina y el Caribe, La Habana, Cuba.
- TERTO, V. 2003. Estrategias de Prevención del VIH/sida para población HSH de bajos recursos. Encuentro Taller organizado por la Coordinación SIDA-Secretaría de Salud (GCBA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Buenos Aires, 10 y 11 de noviembre.
- TOBO, P.A. et al. 1996. Mode of delivery and gestacional age influence perinatal HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Def Syndr Hum Retrovirol* 11:88-94
- TOMASEVSKI, K. 1991. "El sida y los derechos humanos". Aportes de la Ética y el Derecho al estudio del sida. pp. 215-222. Washington, OPS.
- VEIGA A. et al. 1999 Assisted reproductive technologies and HIV-1 serodiscordant couples. *Prenat Neonat Med* 4:357-61.
- WELLER, S. 1999. Sida y subjetividad: un estudio epidemiológico sobre jóvenes. En: Cahn, P.; Bloch, C. y Weller, S. *El sida en Argentina - Epidemiología, Subjetividad y Ética Social*. Buenos Aires, Arkhetypo: 98-204.
- WELLER, S. 2001 Prevención de VIH/Sida y anticoncepción: una relación poco explorada en la Ciudad de Buenos Aires. INFOSIDA www.buenosaires.gov.ar

Coordinación Sida

Secretaría de Salud

Carlos Pellegrini 313, piso 9º
(1009) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
e-mail Tel. 4323-9029/9053 -

coordinacionsida@buenosaires.gov.ar
Hospital Muñiz - Uspallata 2272, ex sala 29, piso1º
(1282) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel/fax. 4305-0954

www.buenosaires.gov.ar (Salud)



SECRETARIA DE SALUD