



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Silvana Weller

**Sexualidad y Servicios de Salud:
Un Desafío para la Gestión en VIH-SIDA**

Comentarios:

Liliana López

SERIE SEMINARIOS SALUD Y POLITICA PUBLICA



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO I – Mayo 2004

Silvana Weller¹

**Sexualidad y Servicios de Salud:
Un Desafío para la Gestión en VIH-SIDA²**

Comentarios de Liliana López³

Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud



¹ Doctoranda Salud Colectiva (Facultad de Ciencias Médicas de UNICAMP). Coordinadora Área de Prevención de la Coordinación Sida, Secretaría de Salud, Gobierno Ciudad de Buenos Aires.

² El artículo está basado en el informe final de la investigación **Reproducción, anticoncepción y sexualidad en personas que viven con VIH-sida: un estudio a partir de los equipos y usuarios del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires**. Coordinación Sida / CEDES. Mimeo en prensa. Buenos Aires, abril 2004.

³ Psicoanalista, Centro Ameghino / Red Sida / Salud Mental, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

SEXUALIDAD Y SERVICIOS DE SALUD:
UN DESAFÍO PARA LA GESTIÓN EN VIH-SIDA

Buenos Aires, mayo 2004

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
ENTRE LAS POLÍTICAS Y LOS RESULTADOS: LOS EQUIPOS DE SALUD	4
LA INVESTIGACIÓN SOBRE REPRODUCCIÓN, ANTICONCEPCIÓN Y SEXUALIDAD EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH-SIDA	6
Contexto institucional	6
Antecedentes y fundamentación del problema bajo estudio	7
La investigación	9
Síntesis de resultados relevantes	10
¿QUÉ TENEMOS QUE HACER?	12
Obstáculos identificados por los profesionales entrevistados en el accionar cotidiano actual de los servicios de salud	12
Elementos facilitadores para cambiar la atención	13
UN POCO DE REFLEXIÓN : SEXUALIDAD, ESTADO Y MODELO DE ATENCIÓN DE LA SALUD	15
¿CÓMO LO VAMOS A HACER?: COMPORTÁNDONOS CONSIDERANDO (Y APOSTANDO A) LA EXISTENCIA DE LOS DESEOS	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

Introducción

En 30 de noviembre de 2000 se crea por un decreto del Jefe de Gobierno la hoy denominada Coordinación Sida, con la función de *“coordinar todos los programas y la ejecución de todos los convenios suscriptos por el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, relativos a la prevención y tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”*. Esta decisión política apuntó por un lado, a darle mayor relevancia a la prevención y atención del problema que la que tenía hasta ese momento a través de la existencia del Programa de Sida; por otro lado, apostó a imprimirle a la gestión el sello de un modelo de trabajo intersectorial.

Desde la Dirección de este nuevo espacio⁴, se tomaron al inicio dos decisiones básicas que fueron, en primer lugar, la construcción de un equipo de trabajo. Para ello se convocó a profesionales formados en diferentes disciplinas, la mayoría de los cuales si bien carecía de experiencia previa en gestión desde un nivel central, venía desempeñándose en la prevención/atención del VIH-sida desde diferentes espacios del sistema público de salud la Ciudad. La segunda decisión fue la de realizar un **diagnóstico participativo** del tratamiento del tema dentro del sistema, que involucró la participación del nuevo equipo y a los diferentes actores que trabajaban sobre el problema en los diferentes hospitales, áreas programáticas y centros de salud de la ciudad⁵.

La principal conclusión de ese diagnóstico llevado adelante en los dos primeros meses de gestión fue que, si bien los aspectos vinculados al **tratamiento** de las personas afectadas por el VIH-sida (PVVS) estaban bastante organizados, el trabajo en **prevención** tanto primaria (prevención de nuevas infecciones) como secundaria (atención a la calidad de vida de las PVVS) eran áreas vacantes de creación y organización, registrándose acciones esporádicas, libradas a la buena voluntad de algunos actores.

Trabajar en prevención/atención del VIH-sida significa trabajar sobre una superficie muy particular de la vida de las personas, que es la vida sexual, dimensión que se caracteriza tanto por los rasgos que le imprime la cultura, como por el hecho de ser vivido como lo más singular e íntimo, espacio privilegiado de lo privado. Nos resulta operativo pensar la sexualidad como una “institución” que tiene tres momentos analíticos: una dimensión universal entendida como aquello inherente a la vida humana en cualquier tiempo y espacio, una dimensión particular inherente a cada tiempo y lugar y a grupos específicos (la moral sexual es la mejor expresión de este nivel) y una dimensión singular inherente a cada persona. Cada dimensión responde desde un punto de vista analítico a reglas propias de funcionamiento, y es posible reconocer en el nivel singular la presencia de los otros dos niveles.

Prevenir el VIH-sida y atender a personas que padecen este problema de salud, es “hacer algo” o “proponer algo” con respecto a la vida sexual de las personas, sea esto por acción o por omisión.

Entre las políticas y los resultados: los equipos de salud

Nuestro equipo se enfrentaba entonces a un doble desafío, inherente a la gestión en salud (Onocko Campos, 2003a): la de **administrar** recursos a través de circuitos ya instituidos (acción

⁴ La Dirección de la Coordinación Sida está a cargo del Dr. Claudio Bloch.

⁵ Ver en nota 5 el diagnóstico que incluyó a otros actores del Estado y actores de la Sociedad Civil.

que exige conocimiento del sistema como también importantes dosis de creatividad y paciencia) así como la de **crear o generar** dispositivos, organización, propuestas, circuitos, actividades y materiales gráficos que no existían previamente.

La construcción de nuevas propuestas para atender los problemas de salud requiere de diagnósticos acertados, de habilidad técnica para proponer 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 tradicional, cuenta hoy en día con desarrollos conceptuales y de aplicación a nivel de centros de salud, de hospitales y también aplicados al gobierno de sistemas de salud a nivel municipal (Campos, 1997, 2000).

En el modo más tradicional de la gestión de la salud pública, se destaca la disociación entre los que planifican y los que normatizan por un lado (los gestores o funcionarios) y los que ejecutan los planes y las normas (los equipos de salud). (Campos, 1998).

Tal como destaca Campos en las obras citadas, la realidad es más compleja, en la medida 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 capacidad de planificación. Más aún, creemos que tal como desarrolla Onocko Campos (2003b) la planificación debe ser vista como una herramienta puesta al servicio de los equipos, una herramienta que facilite el encuentro de los actores entre sí, y con los objetivos del mejoramiento de la salud. La planificación pensada como un espacio y un tiempo de encuentro en el cual los equipos puedan apropiarse de modo crítico de las misiones, buscando formulaciones de la tarea que no sean vividos como ajenos por los grupos.

Este modo de pensar la gestión en salud se sustenta en una apuesta política de mayor envergadura que es la siguiente: la producción de salud pública tiene una doble finalidad que es la de producir salud pero también la de producir sujetos –los profesionales, los usuarios- con niveles crecientes de autonomía (Campos, 2000), misión esta la de la construcción de autonomía que rige (o por lo menos debería...) los caminos de los gobiernos democráticos (Nunes, 1994, Fleury, 1997). Este es un eje básico que diferencia la producción de salud pública de la producción de salud privada.

El modo en el que se suele 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 traducido como falla de sistema y clasificado como fracaso. Emerson Merhy (Merhy, 1997a) propone en cambio considerar las fallas de sistema como *ruidos* a ser escuchados. El dirá que las fallas del sistema (es decir las fallas al procedimiento normatizado) están denunciando la presencia de otras lógicas que no está siendo consideradas por el técnico / planificador a la hora de proponer nuevas tecnologías de trabajo.

Planteadas las cosas de esta manera, **la investigación en salud** es una herramienta fundamental en la medida que permite conocer de un modo sistemático las diferentes lógicas e intereses que están operando en el sistema. 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. Los sujetos de la investigación son actores inteligentes, que no solo brindan información sino que tienen capacidad

de reflexionar sobre la información que brindan y de modificar sus prácticas como resultado de este proceso.

La investigación sobre reproducción, anticoncepción y sexualidad en personas que viven con VIH-sida

Contexto institucional

En junio del año 2001, la Coordinación Sida promovió junto con el Ministerio de Salud y ONUSIDA la realización de un Taller de Planificación Estratégica⁶ **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, PVVS, 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 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 Componentes⁷ (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

⁶ 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.

⁷ 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.

sus parejas⁸.

4. 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.
5. 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.
6. 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 (Secretaría de Salud, 2002b). 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.

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 PVVS en el marco de los derechos reproductivos. El proyecto de investigación cuyos resultados presentaremos a continuación (Weller et.al., 2004), nació con la intención de ser una herramienta que permitiera conocer cómo están afrontando los equipos de salud y los usuarios de los mismos, la atención de la sexualidad, anticoncepción y reproducción de las PVVS.

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 acuerdo 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.

Antecedentes y fundamentación del problema bajo estudio

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

⁸ 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.

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-sida (PVVS). 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

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 (Tunala et.al., 2000). Así, el contar con respuestas para las PVVS 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 las PVVS dejan de ser amenazantes– 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”⁹.

Finalmente, y no menos importante, el efecto más positivo –tal como señala Veriano Terto (2003)– es el cambio cualitativo que ha ocurrido en las PVVS 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 PVVS, 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.

Además, es preciso tener en cuenta los siguientes datos (Secretaría de Salud, 2002, 2003):

⁹ 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).

- ✓ La transmisión vertical es el antecedente del 7.4% del total de casos de sida atendidos en la ciudad (4.1% considerando sólo a residentes).
- ✓ Casi el 1% de las mujeres embarazadas que son atendidas en la Ciudad tienen VIH
- ✓ Todos los hospitales de la Ciudad están diagnosticando y atendiendo personas con VIH
- ✓ A diferencia de lo que ocurría en la década anterior, la primera vía de transmisión del VIH son las relaciones sexuales sin uso de preservativo entre personas heterosexuales y hay una creciente participación de las mujeres en las nuevas infecciones reportadas (Razón hombre/mujer= 1.9).
- ✓ La mayoría absoluta de la población afectada por el VIH está en edad reproductiva.
- ✓ Los estudios relevados muestran que las PVVS mantienen su vida afectiva y sexual luego del diagnóstico, que sólo una proporción logra usar el preservativo de modo adecuado y consistente, que muchas personas requieren de métodos anticonceptivos para suplir o complementar el uso del preservativo, y que muchos hombres y mujeres desean tener hijos luego del diagnóstico (Paiva et.al, 2002^a, 2002b). Esto último parece ser especialmente relevante en los casos de personas jóvenes que aún no tienen hijos (Chen et.al, 2001; Chu et.al., 1996; Kline et.al., 1995; Lindsay et.al., 1995)).

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 PVVS, 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. Este enfoque no sólo defiende los derechos de las PVVS, lo que implica elevar su calidad de ciudadanía, sino que al mismo tiempo colabora con la tan anhelada detención de la epidemia. No hay contradicción entre la defensa de los derechos individuales y la defensa de la salud pública (Tomasevski,1991).

La investigación

¿Qué respuestas estamos 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 pregunta organizó la investigación.

Objetivos específicos:

- 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 de tener un hijo en el momento más adecuado tomando en cuenta el problema 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.

Para obtener esta información se decidió trabajar con entrevistas a los actores con mayor peso de intervención vinculados a esta problemática, esto es los médicos infectólogos, los médicos obstetras, los equipos de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y los usuarios del sistema.

Se tomaron en total 40 entrevistas (10 entrevistas a cada uno de los grupos señalados) 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 pretendió obtener resultados generalizables, sino reconocer un abanico de situaciones que efectivamente estaban ocurriendo en nuestro sistema de salud.

El **análisis de todas las entrevistas** como **cópus** permitió trazar ciertos rasgos que caracterizan al problema bajo estudio, así como la existencia de circuitos más o menos logrados, el flujo de derivaciones y la presencia de ruidos dentro del sistema.

Síntesis de resultados relevantes

Los resultados del análisis de las 40 entrevistas se agruparon bajo ocho ejes temáticos que fueron: 1) Los equipos de salud: composición y características diferenciales, 2) Referencia y contra-referencia: derivaciones por vías formales e informales, 3) Los cambios transcurridos con el paso del tiempo, 4) Relaciones médico-paciente, 5) El peso de la carga moral de la enfermedad, 6) Sexualidad y cuidados en las relaciones sexuales, 7) Nuevos embarazos, reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH/sida y 8) Propuestas para realizar cambios. Listamos algunos resultados más destacados:

- ✓ Si bien el sistema es uno solo, en cada área y al interior de cada equipo se observan enormes heterogeneidades en cómo están conformados los mismos. Esta heterogeneidad se aprecia en la cantidad de profesionales asignados, disciplinas de origen, recursos disponibles, modos de organizar el trabajo, posibilidades institucionales de llevar adelante las tareas, sentimientos subjetivos sobre valoración propia y ajena del trabajo, etc.
- ✓ Los canales de derivación de las pacientes siguen **lógicas diversas**, con notorio desconocimiento y consecuente desaprovechamiento por parte de los profesionales que se desempeñan en los hospitales, de los recursos existentes en los centros de salud.
- ✓ Usuarios y profesionales coinciden en señalar la alta calidad de la atención.
- ✓ El trabajo más articulado entre quienes atienden PVVS se da entre los equipos de infectología y los de obstetricia.
- ✓ Los avances científicos y la interacción de los profesionales con los pacientes han generado muchos cambios en relativo poco tiempo; los cambios se han expresado en los modos de entender los problemas y en la modalidad de atención. Todo esto se ha visto acompañado de cambios emocionales muy fuertes tanto en profesionales como en pacientes.
- ✓ La mayoría de los entrevistados tiene registro de la insuficiencia del preservativo como única alternativa para los cuidados en las relaciones sexuales. Sin embargo, es heterogénea la posibilidad de superar este límite haciendo propuestas más amplias (jerarquía de riesgos).

- ✓ En cuanto a la reproducción, se observa un abanico de posiciones que van desde la culpabilización de las mujeres por sus deseos de ser madres hasta la aceptación comprensiva de estos deseos. Las gama de posiciones se observan de modo indistinto entre profesionales como entre usuarias/os.
- ✓ Se observa también que una proporción importante de mujeres está teniendo muchos embarazos porque carece de métodos para prevenirlos.
- ✓ Pocas parejas consultan para ser asesoradas antes de concebir, temen que sus planteos no sean considerados y llegan a los servicios con el “hecho consumado”.
- ✓ En cuanto a la **conveniencia de prescribir métodos anticonceptivos**, se observan por lo menos tres posiciones: 1) imposibilidad de pensar en otra opción que el preservativo (aunque se perciben las dificultades del uso), 2) aceptación general de la necesidad pero dificultad para encontrar alguno en particular recomendable y 3) prescripción de métodos anticonceptivos.
- ✓ A diferencia de lo que ocurre con la reproducción, no hay canales aceitados para el asesoramiento y la provisión de métodos anticonceptivos. Se ha detectado un **cortocircuito** dentro del sistema en este punto. Los usuarios informan que no han sido interiorizados sobre otras alternativas diferentes al preservativo, y los profesionales definen atribuciones cruzadas sobre quién debería ocuparse de esto. Se destacan en particular la falta de experiencia de los equipos del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PSRPR) con el tema; y la atención fragmentada del servicio de obstetricia, que no considera este aspecto como parte de su proceso de atención.

La comparación nuestros hallazgos con los obtenidos por estudios similares, realizados en otros países y en diferentes años, muestra puntos de consistencia tales como:

- Dificultad de los profesionales para integrar la vida sexual y reproductiva de las personas que viven con VIH a la atención del problema (Oliveira, 2002).
- Existencia de prácticas muy heterogéneas con relación al uso del preservativo entre las personas que viven con VIH (Santos et.al., 2002; Adaszko, 2003).
- Existencia de nuevos embarazos deseados y no deseados; estos últimos suelen terminar en abortos (Kline et.al., 1995).
- Las necesidades en materia de asesoramiento sobre cuidados en las prácticas sexuales, maternidad y paternidad son obvias para los pacientes pero parecen ser invisibles para el sistema de salud (Richey, 2003; Berer, 2003).
- Los profesionales de la salud parecen tener miedo de que, abriendo el espacio para conversar 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 (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 fecundidad”) o porque les gustan los chicos .

¿Qué tenemos que hacer?

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. 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? Esta situación no escapa ni a los pacientes ni a los profesionales sensibilizados ante los aspectos vitales de sus pacientes.

La dificultad para lidiar con estos aspectos afecta los sentimientos de las personas que viven con VIH (dolor, incompreensión 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).

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 de “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.

La formación médica tradicional actúa como obstáculo para 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. Nuestra gestión debe colaborar a que los equipos puedan vencer este límite, que es el de suponer que una acción médica adecuada es aquella que IMPONE/ “garantiza el control de los resultados”, y no una que OFRECE.

Obstáculos identificados por los profesionales entrevistados en el accionar cotidiano actual de los servicios de salud

- ✓ Dificultad por parte de los equipos de salud para “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 el tiempo que transcurre 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.
- ✓ Fragmentación del proceso de trabajo, fundamentalmente en el caso de los profesionales que hacen obstetricia

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 oferta de asesoramiento y provisión de métodos. Estos momentos son:
- En la primera consulta, indagar sobre métodos de cuidado previos al embarazo.
 - En los controles prenatales, en particular cuando se habla por ejemplo de la suspensión de la lactancia.
 - En la sala de internación, luego del parto.
 - En la 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.
- ✓ 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 fecundidad 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.
- ✓ El 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 ofertando 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.

- ✓ Los profesionales entrevistados se mostraron, en su mayoría, sumamente interesados 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.
- ✓ 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 tres modos de brindar estas prestaciones, construcción que en principio debe responder a la realidad de cada área. Estos son:
 - 1) El equipo del PSRPR existente 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, podrían incorporarse 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 al asesoramiento y la provisión del método anticonceptivo.
 - 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 lado, 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 (la mayoría de la cual se encuentra disponible en nuestro sistema de salud público) 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.

Queda conformado así un listado importante de propuestas que nuestro equipo debe impulsar de aquí en adelante para producir modificaciones en los modos que se viene desarrollando el trabajo al interior de los efectores públicos de la ciudad.

Antes de pasar al último punto del presente trabajo: - ¿Cómo la vamos a hacer?- conviene presentar algunas hipótesis que nos permitan pensar las dificultades detectadas en los equipos para lidiar con la sexualidad de sus pacientes y los aspectos decurrentes de la misma, esto es su fecundidad y necesidad de uso de métodos anticonceptivos. Desde nuestro punto de vista, es preciso considerar las relaciones entre la sexualidad, el papel del Estado en una de sus

expresiones que es la salud pública y la existencia de un modelo tradicional de atención de la salud, que es el modelo de la biomedicina. Este análisis servirá también como fundamento conceptual del tipo de herramientas que implementamos en la gestión cotidiana, algunas de las cuales son presentadas en el último apartado del trabajo.

Un poco de reflexión : sexualidad, Estado y modelo de atención de la salud

El trabajo con problemas de salud donde cobra particular relevancia la vida sexual de las personas nos confronta a intervenir sobre aspectos de la vida humana que son tratados con soltura y elegancia por la filosofía y el arte. Nos referimos al amor y al desamor, a la finitud y a la trascendencia, a la sexualidad.

Trabajamos sobre esta superficie existencial y enigmática, lo tengamos más o menos presente. Y dado que el trabajo en salud, o al decir de Merhy, "la producción de salud" (Merhy, 1997b) es trabajo de personas con personas, trabajar con la trascendencia, la finitud, la sexualidad de los otros es también trabajar desde nuestra propia posición (consciente o no) con respecto a estos temas.

Planteadas las cosas de esta manera, la primer tentación (poética) es la huida hacia "atrás", a un momento mítico donde el sexo, la reproducción y la muerte transcurrían más cerca de nuestro "ser mamíferos" que de nuestro Ser Humanos (ahora con mayúscula, ¡es la cultura!).

Pero no hay forma, estamos más que socializados, trabajamos en salud y defendemos la vida. Vivimos en un mundo desigual, donde la vida está ligada a los recursos sociales que en ella se inviertan. ¿Por qué la sociedad actual precisa de la intervención de la medicina / atención sanitaria en los diferentes aspectos que hacen a la reproducción humana? No es difícil encontrar respuestas vitales a esta pregunta.

El mundo de las personas, en particular el de las mujeres, se divide entre aquellas que consiguen acceder a métodos anticonceptivos modernos y seguros y las que no; entre aquellas que pueden realizar abortos seguros y aquellas que no; entre aquellas que pueden contar al momento del parto con todo el auxilio de la tecnología de avanzada y aquellas que no. Así, en muchos países del mundo, el principal problema de salud de las mujeres sigue siendo la falta de acceso a métodos anticonceptivos seguros, el aborto provocado es la principal causa de muertes maternas y las complicaciones por abortos hechos por no médicos o por médicos en condiciones sanitarias inadecuadas constituyen la segunda causa de egreso hospitalario en los hospitales de grandes ciudades, incluso en nuestra ciudad de Buenos Aires¹⁰. (Dirección de Estadísticas para la Salud, 2002). Las mujeres que no acceden a los avances tecnológicos logrados en el siglo XX siguen muriendo en muchas partes del mundo por algún evento vinculado al ejercicio de su sexualidad.

Las voces que defienden a las mujeres levantan reivindicaciones que por momentos parecen contradictorias. El slogan "métodos anticonceptivos para no abortar, aborto seguro para no morir" sigue teniendo enorme vigencia en nuestros países del sur del Ecuador. Pero como estamos en un mundo desigual, y las desigualdades se expresan cada vez más al interior de los propios países, hay también voces que alertan sobre la medicalización de la vida reproductiva de las mujeres (Bretín, 1996). Por ejemplo, para el caso de los métodos anticonceptivos, el reclamo se concentra en que los métodos modernos cada vez están más ligados a la industria farmacéutica, y su uso requiere de mayor dependencia de los sistemas de salud. Aquello que se reclamaba

¹⁰ La primer causa de egreso hospitalario son los partos.

para aumentar la independencia de las mujeres, genera nuevos mecanismos de dependencia. Conviene sin embargo tomar posición sobre la génesis de estos fenómenos. ¿La industria presiona para que las mujeres usen anticonceptivos, o la industria respondió a una necesidad social? Creemos que la segunda opción es la acertada (Weller, 2003).

¿Por qué los métodos anticonceptivos se volvieron una necesidad social? Esta respuesta excede al campo de la medicina. Hechos sociales son los que transforman un hecho "natural" en un problema social que requiere de una respuesta. La medicina ha ganado un lugar preponderante en la reproducción humana, en la medida que ha conseguido que las mujeres que logran acceder a ciertos beneficios, no arriesguen sus vidas por mantener relaciones sexuales, ¡transcurran estas con o sin orgasmos!

También las parejas que viven con VIH-sida¹¹ que cuentan con recursos económicos propios o provistos por políticas públicas, pueden reproducirse casi sin riesgo de transmitir el virus a sus hijos, gracias a los desarrollos científicos de los últimos años de las ciencias biomédicas, la atención sanitaria adecuada y los logros de la industria farmacéutica. Queremos enfatizar entonces, que es preciso considerar en el análisis de la relación entre la medicina y la sociedad, que la primera basa parte de su legitimidad social en su capacidad de intervenir eficazmente en problemas (a veces enfermedades) vinculados a la reproducción.

Sin embargo, también precisamos destacar el otro aspecto del problema y es considerar la relación de la medicina con la sexualidad, y más especialmente las relaciones posibles de la medicina con la producción de conocimiento y prácticas en áreas donde el eje es la salud (como es el caso de la Salud Reproductiva) y no la enfermedad; donde el núcleo del trabajo es la prevención (y no la cura de enfermedades); donde la superficie de trabajo es un aspecto vital y errático (la sexualidad) y no una patología.

Nuestros sistemas de salud, los equipos y los trabajadores de la salud (sean estos los académicos del campo o los profesionales y técnicos que atienden personas) debemos atravesar, para llegar a algún puerto, estas superficies filosóficas y existenciales con herramientas llamadas técnicas. Así estamos...

Dado que, como se ha dicho, no hay a retorno posible (no podemos prescindir de la atención sanitaria en materia de reproducción), será necesario ir para adelante. ¿Qué quiere decir esto? Ahora es preciso volcar lo dicho en una formulación positiva: los sistemas de salud, los equipos y los profesionales tenemos que instrumentar políticas públicas, desarrollar programas de acción y contar con **modelos de atención de la salud** que nos permitan actuar sobre superficies sumamente resbaladizas, donde se ponen en juego las dimensiones de lo humano que el paradigma positivista de la ciencia busca olvidar, esquivar o derrotar: el "no saber" de nuestro ser racional, los "acazos", la pasión, el conflicto, el placer pero también el goce (entendido como aquello que nos compele a un más allá del principio del placer).

Y si hablamos de políticas sociales, es imprescindible mencionar el papel de los Estados. Para decirlo de una vez, desarrollar una política que responda a los lineamientos de una salud reproductiva centrada en la equidad, el género y los derechos individuales de las personas a disfrutar libremente de su sexualidad, significa imaginar Estados que apuestan a construir - a través de sus políticas públicas, de sus sistemas legislativos y normativos, de sus sistemas de salud - ciudadanos autónomos. ¡No ha sido este el papel tradicional de los Estados en los últimos siglos! Los conocidos desarrollos de Foucault (1974) sobre el origen de la salud pública como

¹¹ Nos referimos aquí tanto a los casos de parejas serodiscordantes como parejas seroconcordantes.

política de Estado ponen de manifiesto que el motor de la intervención de los Estados en materia de salud, ya sea sobre los ambientes o sobre las personas, ha sido la necesidad de los mismos de garantizar la reproducción y el control de la población en función de intereses supuestamente superiores a los de la felicidad de cada individuo.

La intención de control se vuelve aún más explícita para el caso de la atención de la sexualidad. Tal como bien sintetiza Weeks (1998), en los comienzos del siglo pasado asistimos a un traspaso (¿o una ampliación?) de agentes de la definición de lo sano y lo patológico y agentes también de tratamiento: gran parte del poder que ostentaba la religión fue tomado por los nuevos actores (educadores, pedagogos, psicólogos, sexólogos, etc.).

Tal como observamos en los resultados de nuestro estudio, todas estas tensiones y contradicciones dejan de ser consideraciones abstractas cuando se activa el encuentro entre consultante y equipo de salud, a raíz de demandas vinculadas a la vida sexual (eventualmente reproductiva) de las personas.

El campo de la sexualidad en su intersección con los servicios de salud, se nutre de fenómenos, demandas, pedidos, consultas, donde lo que prima es el equívoco, la falta de "unidimensionalidad". No hay mala intención de parte del consultante y la mayoría de las veces, tampoco hay mala intención de parte del profesional o equipo que atienden la consulta.

Consideremos los casos de suministro de métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida, prácticas orientadas a garantizar el derecho de todas las personas a mantener relaciones sexuales libres de enfermedades y embarazos no deseados. (CIPD, 1994).

Una mujer consulta a un servicio de salud para pedir un método anticonceptivo pues no quiere un embarazo. Pero, ¿es posible llegar a pedir un método para no quedar embarazada sin haber "pensado" antes en un embarazo?, ¿sin haber sentido un movimiento personal, subjetivo, con relación a quedar embarazada?

Un hombre de mediana edad se presenta de modo espontáneo para realizarse un estudio de VIH, es recibido por un profesional entrenado en las técnicas de asesoramiento. ¿Por qué viene? Es preciso indagar los "comportamientos de riesgo"... El hombre refiere haberse "cuidado siempre". ¿Qué es cuidado? ¿Qué es siempre? El consultante debe decir "la verdad", sin embargo el momento de la entrevista deja disconforme al entrevistador. El consultante tiene miedo, pero desconoce la articulación precisa entre su pasado pasional y la grilla que tiene que llenar el entrevistador plagado de casilleros dicotómicos.

Estas situaciones, tomadas de la "clínica de la salud reproductiva" permiten extraer consideraciones que hacen a la especificidad del encuentro (o desencuentro) entre el usuario y el sistema de salud, o más aún, entre la dupla usuario / profesional de la salud y el modelo tradicional de la atención sanitaria.

Veamos un contra ejemplo: una persona llega a una guardia pues "tengo un fuerte dolor en el brazo, tal vez me lo he fracturado". El profesional que atiende al usuario no precisa prácticamente información por parte del dueño del brazo. El profesional sabe que "los brazos no existen" (existen los huesos o tramos) y cuenta con técnicas diagnósticas (clínicas y de apoyo) para saber ante qué clase de lesión se encuentra y qué hacer al respecto. No queremos despreciar la importancia de los otros aspectos aún en la hora de atender un brazo, pero queremos forzar el ejemplo.

En los casos de la clínica de la salud reproductiva, que hemos reseñado, el motivo de consulta suele ser de un orden completamente diferente, ya que en general ni el consultante ni el profesional que atiende puede terminar de saber en el sentido positivo del término cual es el motivo de consulta, o mejor, ¿a qué viene esta persona? Viene a controlar su fertilidad, o viene a avisarnos que su fertilidad se ha desbordado? Viene a saber si está infectado por el VIH, o viene pues ha mantenido relaciones sexuales por fuera de su relación matrimonial (puede incluso haber usado preservativo!) y se siente culpable?

Sin embargo, el modelo de atención está armado del mismo modo y bajo los mismos supuestos para atender ambas problemáticas. El modelo es insuficiente para atender brazos rotos, pero es casi imposible para atender cuestiones donde está en juego el ser sexual de las personas. O dicho de otra manera, la aplicación del modelo a este tipo de consultas amplifica a límites extremos la visualización de sus límites.

Pues si los brazos pueden ser artificialmente separados de las personas para ser atendidos sustrayendo los aspectos históricos, sociales y subjetivos, generando una clínica degradada (Campos, 2001) ¿cómo atender sin historia, sin "social" y sin "subjetivo", temas cuya esencia son estas dimensiones? El esfuerzo del modelo positivista es negar de modo sistemático los aspectos histórico-sociales y subjetivos, materia esencial de nuestro problema bajo estudio.

El párrafo siguiente, orientado a la problemática del uso del preservativo, ilustra con mayor claridad la complejidad de la situación a la que nos enfrentamos los "preventivistas":

"Los técnicos del condón no prestan oído a la complejidad ambigua de los consejos que prodigan. 'Haga el amor tal como yo le hablo de él', es decir como si no existiera. No es de extrañar que el auditorio se estremezca presa de reacciones divergentes. O bien sucumbe ante la racionalidad que habla o cede al vértigo (...) Ustedes, los que prescriben conductas razonables, ¿no saben acaso que trabajan al servicio de un gracioso querubín que dispara sus flechas con los ojos vendados?" (Gluksmann, 1987:10).

Los expertos en marketing (y los bienintencionados equipos de salud) insisten (insistimos) en la necesidad de embellecer el producto, comparando la "venta" de Coca Cola con la "venta" de preservativos (¿de salud?). ¿Es posible promocionar el uso del preservativo negando que su uso evoca la presencia de aquello que se quiere olvidar? (el sida, el miedo a una enfermedad ligada hasta hace pocos años a un diagnóstico mortal en el sentido civil y biomédico)? El ingreso de los nuevos actores al campo de la salud - los comunicadores - ponen de manifiesto la pregnancia de un vínculo emisor - receptor que evoca el tipo de comunicación dominante entre profesionales - usuarios. "Comportémonos, como si los deseos no existieran".

¿Cómo lo vamos a hacer?: comportándonos considerando (y apostando a) la existencia de los deseos

Recuperemos de modo sintético lo planteado hasta aquí:

- Uno de los cuatro ejes que guían el accionar de la Coordinación Sida es el de prevenir la transmisión del VIH en la Ciudad de Buenos Aires.
- El VIH es un virus que se transmite de modo privilegiado a través de las relaciones sexuales de las personas, cuando estas transcurren sin utilización del preservativo. El VIH

afecta de modo dominante a personas en edad reproductiva, y dado que también se puede transmitir de la mujer embarazada al hijo, es preciso realizar acciones tendientes a evitar que esto suceda.

- Uno de los campos del desarrollo científico donde más ha avanzado la biomedicina es sin duda el campo de la prevención de la transmisión vertical. Para prevenir la TV es preciso implementar una serie de procedimientos estandarizados, la mayoría de los cuales se guían por las lógicas tradicionales de funcionamiento del modelo de atención biomédico, centrado fuertemente en la concepción positivista de la salud/enfermedad, que por definición busca dejar de lado los aspectos subjetivos de la relación médico/ equipo – paciente.
- Los modelos de gestión tradicionales tienden también a dejar de lado los aspectos subjetivos de los profesionales, en la medida que los mismos se ven desde el nivel gerencial como instrumentos que deben cumplir procedimientos estandarizados en instancias superiores.
- Desde la Coordinación Sida promovimos un proceso participativo que dio por resultado la edición escrita de Recomendaciones para la transmisión vertical..... Esas recomendaciones consideran aspectos que gozan de legitimación pero también promueven la implementación desde los servicios de salud de prácticas “contraculturales” como son la atención a la sexualidad y a la fecundidad de las personas que viven con VIH. La implementación de prácticas novedosas difícilmente se logra sólo a través de leyes o normativas, menos aún cuando pretenden innovar en prácticas que suscitan fuertes controversias en la sociedad, como es todo aquello vinculado al campo de la sexualidad y los derechos de las personas.
- La producción de salud dentro del sistema público implica una enorme cantidad de actores, que cuentan con grandes niveles de autonomía para desarrollar su tarea de modo cotidiano. Esta característica es inherente a un trabajo (la producción de salud) que se realiza en el encuentro entre personas, y que exige grandes dosis de compromiso personal y creatividad para responder a situaciones siempre novedosas (“cada caso es un nuevo caso”).
- Nuestra modalidad de gestión apuesta a legitimar y aumentar estos niveles de autonomía, trabajando siempre en la tensión entre los intereses y valores de los profesionales de la salud y los intereses, valores y derechos de los usuarios del sistema.
- La realización de la investigación cuyos resultados presentamos en el presente artículo fue pensada como una herramienta para producir conocimiento sobre el problema en el que se quiere intervenir, y al mismo tiempo como una herramienta para facilitar el cambio en las prácticas dentro del sistema. El estudio permitió contar con un listado de “cosas para hacer” que se nutre del saber hacer de aquellos que tendrán que motorizar ese mismo cambio: los equipos de salud y los usuarios.

Tal como nos enseña Sonia Fleury, el camino que va desde una propuesta de política social hasta su efectivización en los beneficiarios reales (en este caso, desde la propuesta de la Coordinación Sida hasta el día a día del encuentro de profesionales y usuarios) es largo y atravesado por una gran cantidad de mediaciones, que terminan expresándose en el encuentro entre el equipo y el usuario.

“El resultado de las políticas sociales está profundamente determinado por las prácticas de interacción entre usuario y profesional, interacción que es al mismo tiempo, un coloquio

singular y una actualización / dramatización de las relaciones y estructuras sociales prevalentes¹² (Fleury, 1999:9).

Listamos a continuación algunas ideas que nos guían en la búsqueda de implementación de cambios que puedan efectivamente alterar el encuentro entre los equipos y los usuarios.

- 1) Es necesario replantear el modelo tradicional que divide el pensar del hacer, esto es niveles centrales que planifican y niveles locales que ejecutan. De hecho, y como ya fue desarrollado, el sistema no funciona empíricamente de esta manera, ni resultaría deseable que así fuera.
- 2) El nivel central tiene como misión básica proponer, realizar OFERTAS a los equipos. El nivel central tiene la posibilidad, por su ubicación y tipo de tareas, de conocer las diferentes formas de trabajo que existen en el sistema, y tiene la oportunidad de difundir estos diferentes tipos de organización del trabajo. Por su vinculación con otras áreas de la Secretaría de Salud y con otras áreas de gobierno, tiene posibilidad de conocer y gestionar OFERTAS de capacitaciones y recursos existentes dentro del sistema a los equipos.
- 3) La búsqueda de un estilo democrático de gestión obliga al nivel central a promover acciones que aumenten la autonomía y la capacidad de análisis de los actores del sistema esto es, de los equipos de salud y de los usuarios del sistema. La promoción de un vínculo más democrático entre los profesionales y los usuarios debe comenzar por la existencia de un vínculo de igual naturaleza entre la gestión y los equipos.
- 4) El modelo de atención está fuertemente basado en la negación de los aspectos subjetivos tanto de los usuarios como de los profesionales y otros miembros del equipo de salud. Estos aspectos operan de todos modos, y en consecuencia es preciso señalar su existencia y volverlos objeto de atención
- 5) El trabajo en salud en general, y en particular aquel trabajo que moviliza aspectos fuertemente emocionales de las personas como es el caso de la problemática del VIH-sida, nos lleva a la necesidad de generar espacios, ámbitos de encuentro pautados, que le permitan a los profesionales tener un espacio y un lugar (una instancia, al decir de Onocko Campos) donde reflexionar con otros las implicancias de su tarea. Estamos pensando en las implicancias personales y los efectos que estas puedan tener sobre los modos de atención de los usuarios.
- 6) Así entendemos que democratizar la atención de la salud y aumentar los niveles de implicación de los profesionales y los equipos con el trabajo significa que los principales esfuerzos de gestión están orientados a la creación y alimentación de espacios colectivos donde los diferentes actores puedan **intercambiar información, analizar problemas y tomar decisiones de modo colectivo.**

Implementar estos lineamientos, así como crear y llevar adelante otros a ser inventados, constituye un desafío ineludible en el camino de revitalizar nuestras prácticas. ¿Por qué abandonar la utopía de una salud y una vida mejor para los que trabajamos en salud y también para las personas que atendemos? ¿Por qué seguir imaginando la existencia de una sociedad

¹² El subrayado es nuestro.

más democrática por fuera de los espacios cotidianos donde transcurre la vida, lugar privilegiado para la repetición pero también para el cambio?

Agradecimiento

A Mario Testa, cuando nos recuerda que “cuando algo es necesario e imposible, hay que cambiar las reglas del juego” (Ibáñez, 1991 apud Testa, 2001).

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.

BERER, M. 2003. Editorial. HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related. In: Reproductive Health Matters 11(22): 6-11.

BRETIN, H. 1996. ¿Qual escolha, quais desigualdades? O uso do contraceptivo depoprovera na França. Em: SCAVONE, L. (org.) Tecnologías reproductivas: género e ciencia. Sao Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 73-86.

CAMPOS, G. 1997. Reforma da Reforma. Repensando a Saúde. Sao Paulo: Hucitec.

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.

CAMPOS, G. 2001. La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada. En: Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires, Lugar Editorial, 71-84.

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 UIT Human Immunodeficiency Virus. In: Obstetrics & Gynecology 87 (2):195-198.

CIPD 1994 Conferencia Internacional de Población e Desarrollo. Relatorio de CIPD. Comisión Nacional de Población y Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cairo, 5-13 de setiembre.

COORDINACIÓN SIDA. 2001. Documento de misiones y funciones. Documento interno. 11 páginas.

DIRECCIÓN de ESTADÍSTICAS para la SALUD. 2002 Egresos según diagnósticos más frecuentes y residencia habitual – Hospitales Generales de Agudos – Enero y marzo del 2002

Dirección General de Sistemas de Información en Salud, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

FLEURY, S. 1997. Saúde e Democracia: a luta do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Sao Paulo. Lemos Editorial.

FLEURY, S. 1999. Políticas Sociales y Ciudadanía.(Mimeo 27 páginas)

FOUCAULT, M. 1974 Nascimento da Medicina Social. Conferencia pronunciada no Instituto de Medicina Social da UEG. Río de Janeiro, outubro, 1974.

GLUCKSMANN, A. 1987 La fisura del mundo. Ética y sida. Barcelona, Península.

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.

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.

MERHY, E. 1997a. 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 colegiadamente 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.

MERHY, E. 1997b Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: Merhy, E.E. y Onocko, R. (org.) Praxis en salud: un desafío para lo público. São Paulo / Buenos Aires; Hucitec/Lugar Editorial.

NUNES, E. 1994 Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. En: Saúde e Sociedade 3(2):5-21.

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 CAMPOS, R. 2003 a. O planejamento no laberinto, uma viagem hermeneutica. Sao Paulo, Hucitec.

ONOCKO CAMPOS, R. 2003 b. A gestao: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. Pp 122-149. In: Saúde Paideia, (org) Campos, G. Sao Paulo: Editora Hucitec.

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.; 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.; 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.; 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: Psicologia USP 13(2): 105-133.

RICHEY, L. 2003. HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions. In: Reproductive Health Matters Vol. 11. Issue 22:30-35.

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.

SECRETARÍA DE SALUD. 2002a. Infosida 2- Publicación de la Coordinación Sida. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.

SECRETARÍA DE SALUD. 2002b. 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.

SECRETARÍA DE SALUD. 2003. Infosida 3- Publicación de la Coordinación Sida. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.

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.

TESTA, M. 2001. La larga disputa en torno a la complejidad de la vida y sus difíciles avatares al comienzo del milenio de la globalización. En: Campos, G. Gestión en Salud. En defensa de la vida. Buenos Aires, Lugar Editorial. Pp. 9-20.

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.

TUNALA, I., PAIVA, V., VENTURA-FILIPE, E., DANTOS, T., SANTOS, N. E HEARST, N. 2000. Fatores psicossociais que dificultam a adesao das mulheres protadoras do HIV aos cuidados de saúde. Em: TEIXEIRA, P., PAIVA, V. E SHIMMA, E. (orgs) Tá difícil de engolir? Experiencias de adesao ao tratamento anti-retroviral em Sao Paulo. Sao Paulo: Nepaids, 83-114.

WEEKS, J. 1998 Sexualidad México, Paidós.

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. 2003. Debate sobre o artigo de María Andrea Loyola Sexualidade e Medicina: a revolução do Século XX. En: Cadernos de Saúde Pública – Reports in Public Health Río de Janeiro, 19 (4)875: 899.

WELLER, S., GOGNA, M., PORTNOY, F., ADASZKO, A., MAJDALANI, M., MARIÑO, A., PIROVANI, C. 2004. Reproducción, anticoncepción y sexualidad en personas que viven con VIH-sida: un estudio a partir de los equipos y usuarios del sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires. Informe Final. Mimeo 80 páginas. En prensa. Coordinación Sida / CEDES. Buenos Aires.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sanchez de Bustamante 27
1173 – Buenos Aires – Argentina

Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org

