



La mercantilización de la ecografía obstétrica en Hanoi, Vietnam

Tine Gammeltoft,^a Hanh Thi Thuý Nguyen^b

^a Profesor Asociado, Instituto de Antropología, Universidad de Copenhague,
Copenhague, Dinamarca. E-mail: tine.gammeltoft@anthro.ku.dk

^b Profesor, Facultad de Salud Pública, Universidad Médica de Hanoi, Hanoi, Vietnam.

Resumen: *A nivel mundial, cada vez más mujeres embarazadas solicitan que se les practique una ecografía rutinaria como parte de la atención antenatal, incluso en los países de bajos ingresos. En este artículo se exponen los hallazgos de investigaciones antropológicas sobre el uso de la ecografía obstétrica en la atención antenatal rutinaria en Hanoi, Viet Nam. Los hallazgos provienen de observaciones, una encuesta y entrevistas con mujeres que buscan exámenes de ecografía con médicos de un importante hospital dematernidad. Se encontró un uso excesivo de la ecografía; las 400 mujeres encuestadas habían tenido un promedio de 6.6 ecografías y 8.3 consultas antenatales durante el embarazo, mientras que una quinta parte había tenido diez o más ecografías. Los médicos consideran a la ecografía obstétrica una parte indispensable de la atención antenatal moderna. Para dos terceras partes de las mujeres, el motivo principal para tener ecografías frecuentes era que les aseguraran un desarrollo fetal normal. Sin embargo, ellas a menudo dijeron que su médico había recomendado las ecografías. Este uso excesivo debe verse en el contexto de una creciente comercialización en el sistema de salud vietnamita, donde la ecografía constituye una fuente importante de ingreso tanto para los prestadores de servicios privados como públicos. Existe una necesidad urgente en Viet Nam de formular normas de políticas y prácticas sobre el uso adecuado de la ecografía en el embarazo y sobre la mejor forma de combinarlo con la atención antenatal esencial, y de difundir la información a las mujeres.*

Palabras Clave: *ecografía obstétrica, ultrasonografía, cuidado prenatal, mercantilización de la ecografía obstétrica, Vietnam.*

ES evidente que las nuevas tecnologías para el manejo reproductivo se están difundiendo con suma rapidez a nivel mundial; aunque inicialmente fueron desarrolladas en las áreas más ricas del mundo, ahora proliferan en los países en desarrollo. Aunque muchos científicos sociales han investigado sobre el uso que las mujeres dan a los anticonceptivos modernos, y también sobre el aborto a nivel global en el Sur,¹⁻³ es poco lo que se conoce acerca de los procesos sociales mediante los cuales las tecnologías aplicadas en el embarazo, tales como la ecografía o la amniocentesis, son asumidas por las mujeres y los proveedores de salud en el mundo en desarrollo. Sólo se ha estudiado consistentemente el uso de la ecografía para determinar el sexo del feto en países que tienen una fuerte preferencia por el hijo varón.⁴

La ecografía es tan asequible como accesible, de allí su considerable potencial de difusión en sociedades de bajos ingresos.^{5,6} Debido al creciente número de mujeres gestantes en el mundo expuestas rutinariamente a esta tecnología, su aplicación tiene enorme significado para la salud pública, especialmente en contextos en los que existe una escasa regulación o monitoreo de la atención materna. En la actualidad no existe evidencia epidemiológica que sugiera que la ecografía sea dañina durante el embarazo, pero el vasto incremento en su uso ha generado algunas advertencias. Una reciente mención en la base de datos de la Cochrane, enfatiza que “no se ha alcanzado ninguna conclusión sólida respecto a su seguridad a partir de la información disponible”.⁷

En las últimas dos décadas, el uso de la ecografía obstétrica se ha expandido sustancialmente en los países

ricos, y es actualmente parte integral de la atención prenatal a nivel global en el Norte. Además de la ecografía en 2D, están disponibles ahora las ecografías en 3D y 4D. Las ecografías en 3D proporcionan imágenes tridimensionales que facilitan la detección de ciertas anomalías fetales y producen atractivas fotos del feto, mientras que las ecografías en 4D, también conocidas como 3D “vivas”, dinámicas o en movimiento, agregan la dimensión de tiempo proporcionando una “película” del feto.

La expansión de la ecografía obstétrica ha estado influenciada tanto por intereses comerciales, como por intereses de los médicos, que la encuentran útil para diversos propósitos, pero también por el deseo de las gestantes de ver a su bebé antes de nacer.^{8,10} Aparentemente, se está dando también una rápida proliferación de esta tecnología en países de medianos y bajos ingresos. Un estudio reciente en Siria encontró que se realizaban hasta 20 ecografías por cada embarazo.⁶ A menudo, el equipo de ultrasonido es una de las primeras y nuevas tecnologías que adquiere el personal médico que emigra para trabajar en un país en desarrollo.⁵

Aunque se ha establecido claramente que el ultrasonido es beneficioso cuando existe un alto riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto, sus ventajas en embarazos de bajo riesgo son discutibles, y su costo-efectividad en el caso de fondos limitados para la salud pública ha sido cuestionado por estudios económicos.¹¹ Un meta-análisis de la investigación sobre el valor de la ecografía obstétrica realizado por Cochrane confirma que en los primeros meses del embarazo, los beneficios de la ecografía incluyen una mejor evaluación de la edad gestacional, la detección temprana de una gestación múltiple, la identificación de la posición de la placenta, el diagnóstico de gestaciones no viables y la detección de malformaciones fetales. No obstante, la revisión señala también que estas ventajas no se traducen en mejoras sustanciales en el resultado del embarazo, como por ejemplo una disminución de la mortalidad perinatal.¹² Otro estudio de Cochrane concluye que en la gestación tardía, la ecografía de rutina no confiere beneficios a la madre o al bebé. Esta revisión también enfatiza la falta de estudios sobre las implicancias psicológicas del ultrasonido para la madre, o las consecuencias para el desarrollo neurológico a largo plazo en niños expuestos durante la gestación tardía.⁷

La ecografía se ha vuelto rutinaria en los Estados Unidos, aunque las directivas profesionales recomiendan realizar este examen en la gestación sólo bajo indicación clínica.⁸ El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF) observa: “A pesar de la falta de evidencia sobre su impacto positivo en los

resultados para la salud y la recomendación de 1996 del USPSTF en contra de su uso rutinario, la ecografía en la gestación está ampliamente difundida y se ha convertido en una norma de atención en los hospitales de los EE. UU.”¹³ De manera similar, el Colegio Americano de Radiología plantea que “el ultrasonido fetal debería ser realizado sólo cuando existe una razón médica válida, y debe utilizarse el menor número posible de exposiciones a ultrasonido para obtener la información diagnóstica necesaria.”¹⁴ En Canadá, el Guidelines Advisory Committee del Ministerio de Salud recomienda realizar una ecografía por cada gestación, y plantea que existe “bastante evidencia que respalde la recomendación de una sola ecografía en el segundo trimestre, en el caso de mujeres sanas con una gestación de bajo riesgo, [aun cuando] tal examen no tiene un efecto estadísticamente significativo en el número de niños nacidos vivos ni en los puntajes Apgar”, pero “escasa evidencia que respalde la recomendación de ecografías continuas en el segundo o tercer trimestre, en el caso de mujeres sanas con una gestación de bajo riesgo”.¹⁵ En la mayoría de los países europeos, la política nacional actual establece la realización de una o dos ecografías durante el embarazo.^{9,16}

En este artículo, presentamos los hallazgos de la investigación antropológica sobre el uso de ecografías obstétricas en la atención prenatal de rutina en el área urbana de Vietnam del norte. La investigación fue conducida entre finales de 2003 y principios de 2006. Examina cuáles son las motivaciones de las mujeres y los proveedores de salud para usar esta nueva tecnología, y las razones para un uso excesivo.

Contexto de investigación y métodos

La información fue recolectada en el marco de un estudio antropológico más amplio acerca del uso de nuevas tecnologías de ecografía prenatal en Vietnam. El estudio fue conducido en Hanoi por un equipo integrado por una investigadora danesa y diez investigadores vietnamitas. Su principal objetivo fue explorar los casos en que las mujeres embarazadas decidían continuar o no con un embarazo si la ecografía detectaba una anomalía fetal.* La investigación fue desarrollada en el Hospital Gineco-obstétrico de Hanoi, un importante hospital de maternidad que el año 2004 atendió 15,098 partos, a 23,672 usuarias de control prenatal, y realizó 83,313 ecografías.

* Se han publicado tres artículos con resultados preliminares en revistas académicas vietnamitas.17–19

Como parte de este proyecto de investigación más amplio, se estudió también el uso rutinario de ecografías en embarazos sin complicaciones; este artículo es resultado de este componente del estudio. La recolección de información incluyó: 1) observación participante y entrevistas con mujeres que solicitaban una ecografía en el hospital, 2) entrevistas con médicos que brindan el servicio de ecografía en dicho hospital, 3) entrevistas con médicos directivos y funcionarios del Ministerio de Salud involucrados en la introducción de la ecografía obstétrica en Vietnam y 4) un estudio de medios de comunicación.

Inicialmente se realizaron 100 entrevistas semiestructuradas con mujeres gestantes que acudieron a realizarse una ecografía en 3D en el hospital de maternidad. Las entrevistas fueron conducidas en la sala de ecografía mientras las mujeres esperaban su turno, y se centraron fundamentalmente en el uso de la ecografía durante la gestación y las motivaciones para ello. Dado que estas entrevistas revelaron un uso excesivo de la ecografía, realizamos una encuesta con 400 mujeres que dieron a luz en el hospital, usando un cuestionario corto para calcular el número de ecografías (2D o 3D) que cada mujer había tenido en la gestación. Esta encuesta se desarrolló en diciembre de 2004. Luego, realizamos 16 entrevistas etnográficas con mujeres que se habían realizado ecografías en 2D y 3D, indagando acerca de sus experiencias en la gestación y el parto, con particular énfasis en el uso de la ecografía durante el embarazo. Estas entrevistas se realizaron en los hogares de las mujeres pocos meses después de haber dado a luz. Muchas mujeres en Vietnam se sienten física y psicológicamente vulnerables durante la gestación y el periodo postparto, lo que en ocasiones hizo difícil explorar en profundidad áreas más sensibles, como el miedo a que algo saliera mal con el bebé.

También se realizaron observaciones diarias de la interacción paciente-proveedor en la sala de ecografía 3D durante un periodo de cuatro meses, y entrevistas semiestructuradas con 14 médicos que brindaban el servicio de ultrasonido en el hospital con el fin de conocer su perspectiva acerca de las ventajas y desventajas de las ecografías obstétricas. Muchos de estos médicos realizaban también práctica privada para complementar sus ingresos.

Asimismo, hubo entrevistas con dos funcionarios del Ministerio de Salud y con siete médicos directivos que trabajaban en otros espacios y eran considerados por sus colegas como pioneros en la introducción de la ecografía obstétrica en Vietnam del Norte. Finalmente, durante el periodo comprendido entre diciembre 2004 y abril 2005, fueron revisados diez diarios y revistas populares, recopilando artículos sobre el uso de la ecografía y otras tecnologías en la gestación.

La proliferación de la ecografía en Hanoi

En las áreas urbanas de Vietnam, en 2001–02, el 90% de las mujeres tuvieron al menos un control prenatal, mientras que el 73% tuvo los tres controles recomendados por el Ministerio de Salud.²⁰ Recientemente la ecografía obstétrica se ha convertido en una tecnología clave para la atención prenatal de rutina en Hanoi. Hace diez años, las mujeres gestantes podían obtener una ecografía sólo con indicación médica, y cinco años antes esta tecnología se utilizaba sólo esporádicamente. Las ecografías son ahora fácilmente accesibles, ofrecidas por hospitales y clínicas del sistema de salud pública, así como por numerosos proveedores privados. Los precios oscilan entre 20 mil dong vietnamitas (US\$1.30) por una ecografía en 2D y 300 dong por una ecografía en 4D, lo que las hace asequibles para la mayoría de mujeres de áreas urbanas.

Desde el año 2003 se ha prohibido en Vietnam el aborto selectivo en función del sexo, y no se permite a los proveedores de salud que realizan las ecografías informar a las mujeres sobre el sexo del feto. Sin embargo, el creciente sesgo en la relación hombre-mujer en Vietnam sugiere que los abortos selectivos siguen ocurriendo,²¹ lo cual supone que las mujeres logran encontrar a quienes les informan del sexo del feto.

La proliferación de la ecografía en Vietnam coincide con la introducción de reformas económicas de mercado iniciadas a finales de la década de los años 80, en reemplazo de la economía socialista planificada. La economía de consumo en proceso de desarrollo ha traído también la comercialización del parto y de la vida familiar. Con tasas nacionales de crecimiento económico de alrededor de 9% al año, el mercado de bienes para la gestación y el cuidado del bebé se expande a paso firme. Artículos como juguetes, coches, pañales desechables y leche de fórmula, no disponibles en Vietnam hace pocos años, son ahora elementos comunes en la vida familiar urbana. En este contexto, la atención prenatal y sus accesorios pueden ser vistos como mercancías. Las impresiones de ecografías en 3D y DVD en 4D del feto son bienes particularmente populares que se ofrecen en el marco de la atención prenatal, los mismos que son vendidos por los médicos privados.

Las ecografías constituyen una importante fuente de ingresos para los proveedores de salud, tanto privados como públicos. En 1989 se implementaron en Vietnam profundas reformas en el sector salud que incluían la introducción de pagos por los servicios de salud, la legalización de la práctica médica privada y la desregulación del sector farmacéutico. Debido a que la actual dotación de recursos para el sector salud es limitada, ex-

isten fuertes incentivos para que los practicantes públicos y privados busquen generar recursos adicionales a través de otros servicios. Esto tiende a fomentar, por ejemplo, un uso excesivo de medicamentos y pruebas de diagnóstico. La ONU ha advertido recientemente sobre la posibilidad de que los equipos de alta tecnología, los servicios de laboratorio y los productos farmacéuticos sean utilizados de manera inapropiada dentro del sistema de salud vietnamita debido a la debilidad de los mecanismos de supervisión y regulación, a la inexistencia de una auto-regulación profesional, así como a los bajos sueldos de los proveedores cuyos pagos personales son de lejos la fuente más significativa de financiamiento de la atención de salud.²²

En este contexto, la introducción de la ultrasonografía en la atención prenatal resulta *ad hoc* y se da de manera caótica, impulsada por fuerzas de mercado más que por una política de salud determinada. Aunque el uso excesivo de la ecografía obstétrica ha atraído alguna atención de los medios de comunicación, el Ministerio de Salud no ha emitido aún ninguna norma o directiva para su uso. Las Normas y Directrices Nacionales de Salud Reproductiva mencionan la ultrasonografía sólo con relación a complicaciones en el embarazo.²³ Los equipos de ecografía se adquieren mediante presupuestos locales de atención de salud y por proveedores de salud privados, y no existe información sobre su uso a nivel nacional. Dado que la regulación es limitada, los médicos obstetras privados pueden, en principio, comprar y operar los equipos de ultrasonido sin entrenamiento previo. Los médicos obstetras que trabajan en el sector público llevan usualmente un curso básico de entrenamiento en ultrasonografía y obtienen un certificado antes de operar el equipo.

En los medios de comunicación, la ecografía y otras tecnologías médicas son descritas como el anuncio de una nueva era. Sin embargo, sólo uno de los seis reportajes especiales sobre ecografía identificados en el estudio de medios se centró en el problema del excesivo uso. Los demás describieron la tecnología en términos muy positivos, presentándola como uno de los muchos nuevos y fascinantes bienes de consumo ofrecidos por la economía de mercado. Por ejemplo:

*“Es difícil describir lo que sintió (determinada mujer) al ver por primera vez las imágenes de su amado hijo de 28 semanas. Un bello rostro, manos que se agitaban, e incluso una hermosa boquita... wow! Con la máquina de ecografía en 4D Voluson 730 PRO, la única de su tipo en Vietnam, los futuros padres y abuelos pueden ver por primera vez ‘películas’ reales y en vivo de sus hijos”.*²⁴

Valoración de las mujeres de la ecografía prenatal

Encontramos un uso excesivo de la ultrasonografía entre mujeres gestantes del Hospital Gineco-obstétrico de Hanoi. Las 400 mujeres que respondieron a la encuesta habían tenido entre 1 y 21 ecografías durante la gestación, con un promedio de 6.6 ecografías cada una. Una quinta parte de las mujeres (n=78) había tenido diez o más ecografías, y dos tercios (n=268) entre 4 y 9 ecografías. Las entrevistas etnográficas revelaron que algunas mujeres habían tenido un número aun mayor, incluida una que había tenido más de 30. En el momento de las entrevistas, 38% de las 100 mujeres entrevistadas en la sala de ecografía en 3D habían tenido ecografías tanto en servicios públicos como privados.

Muchas mujeres explicaron que los médicos las habían alentado a tener al menos una ecografía al mes, por lo que habían asumido que ésta era la frecuencia médicamente aconsejable. A menudo, los médicos de servicios tanto privados como públicos les habían recomendado realizar una ecografía en cada visita prenatal. Thu, de 29 años, por ejemplo, obtuvo el cuidado prenatal básicamente de proveedores privados:

“Creo que es mejor tener una ecografía cada mes. Si no lo hacía, el médico me aconsejaba que debería hacerlo. Así que para mí, el control prenatal era principalmente una ecografía. No me hacían muchos otros exámenes”.

Algunas mujeres también buscaron ecografías adicionales por propia iniciativa. Describieron el ultrasonido como “moderno”, “científico” y “progresista”, y lo encontraron útil para saber el sexo del feto y su posición, así como para verlo desarrollarse de un mes a otro. No obstante, la principal motivación detrás de un número repetido de ecografías era sin duda la seguridad respecto a la normalidad del feto. Sólo viendo al feto, las mujeres podían estar seguras de que sus miembros estaban completos y que estaba desarrollándose “normalmente”:

“Durante mi embarazo, fui muy cuidadosa. Estaba muy preocupada, así que tuve que hacerme muchas ecografías. Cada vez iba a hacerme una ecografía en 3D, y hubo meses en los que fui hasta en dos ocasiones. Algunas veces regresaba a casa del trabajo sintiéndome muy cansada, y aunque acababa de hacerme una ecografía la semana anterior, si sentía que no se estaba moviendo mucho, volvía a ir. En total tuve como 20 ecografías, pero sentía que estaba bien, porque con mi primer hijo también tuve muchas ecografías. No creo que haga ningún daño, así que voy sólo para sentirme segura. Es como tener un control prenatal”. (Hu’o’ng, 28 años)



SEAN SPRAGUE / PANOS PICTURES

Ky Anh, Viet Nam

Muchas mujeres estaban también ansiosas por saber el sexo del feto. Sin embargo, ya que esta información puede obtenerse a través de una, o tal vez dos ecografías, el deseo de averiguar el sexo del feto no explica el amplio uso de la ultrasonografía. Cuando se solicitó a las mujeres que llegaban por una ecografía en 3D que dijeran cuál era la principal razón para hacerla, 4% mencionó el sexo del feto, 33% quería ver cómo estaba desarrollándose, 20% quería asegurarse de la buena salud del feto, y 16 % que no presentase anomalías.

En promedio, las 400 mujeres entrevistadas tuvieron 8.3 visitas prenatales cada una –muchas más de las recomendadas por el Ministerio de Salud–, siendo 21 el número más alto. Una de cada diez mujeres (n=37) tuvo menos de cuatro visitas, dos tercios (n=269) entre 4 y 9 visitas, y un quinto (n=88) diez o más visitas. La mayoría de las mujeres tuvieron ecografías como parte de un cuidado prenatal más integral. Sin embargo, en algunos casos, existía en las mujeres una tendencia preocupante a reemplazar el control prenatal por la ecografía, y una mujer no recibió ninguna otra atención prenatal fuera de las ecografías. Dado que es común “ir de compras” en busca de atención prenatal en diferentes servicios públicos y privados, no existe necesariamente continuidad en la atención, y a menudo las mujeres comparan por separado la ecografía y otros servicios de atención prenatal. La mujer que tuvo más de 30 ecografías dijo:

“No tuve controles prenatales, sólo ecografías. El doctor tampoco me dijo que me hiciera controles prena-

tales, sólo pedí una ecografía para saber cómo estaba desarrollándose el feto. Comparando el control prenatal con la ecografía, creo que la ecografía es mejor. Durante el embarazo, todos se preocupan por sus hijos, pero con la ecografía puedes ver que está desarrollándose normalmente.”

Gran parte de las entrevistadas enfatizaron en la necesidad tanto del control prenatal como de la ecografía, pero la mayoría consideraba que la ecografía era superior a cualquier otra forma de cuidado prenatal debido a su precisión y a la variada información que proporciona:

“Sin duda la ecografía es mejor, puedes ver el líquido amniótico y ver si el feto se está desarrollando normalmente o no”, “el control prenatal común sólo incluye escuchar los latidos del feto y el doctor te toma la presión arterial. Pero con la ecografía ves todo”, “te dice la fecha del parto y si el feto tiene alguna enfermedad”, “te dice todo. Si el feto se está desarrollando normalmente, si sus brazos y piernas están normales, si el cerebro se desarrolla bien, si tiene alguna anomalía”.

Algunas mujeres pensaban que el control prenatal, tal como lo habían experimentado, les daba muy poca información adicional, y sentían, por tanto, que no lo necesitaban.

Percepciones de los médicos sobre la ecografía obstétrica

Todos los médicos que entrevistamos alabaron la ecografía obstétrica, y encontraban difícil de imaginar cómo proporcionar atención prenatal sin ella. Muchos consideraban el alto número de ecografías como un paso adelante en la lucha que el país había librado por décadas contra la pobreza, y como un signo positivo de la creciente conciencia en las mujeres acerca de la necesidad de un buen control prenatal:

“Mi primera impresión de la ecografía fue que era una revolución para los exámenes en ginecología y obstetricia. Fue como un sueño hecho realidad. Antes de que contáramos con la ecografía, era muy difícil diagnosticar, así que cuando la obtuvimos dije, ‘esto es increíblemente bueno para las mujeres y los pacientes’. Todavía lo pienso. Creo que es fantástico”. (Ecografista senior)

“Esto es progreso científico. Es conveniente para las pacientes, sin dolor, a un precio razonable, puedes detectar muchas cosas, y hay muchas ventajas que son apreciadas tanto por los pacientes como por los proveedores”. (Médico obstetra)

“Como médico, quieres dar a tu paciente la mejor atención posible. Actualmente tenemos ecografías porque el país tiene más dinero. En el pasado, no podíamos proporcionar este tipo de atención. Pero ahora, nuestras vidas han mejorado, las condiciones sociales han mejorado, por lo que la gente cuida más su salud. Tienen también más conocimientos, hemos avanzado culturalmente. La medicina también debe progresar, y en este proceso, el equipamiento es muy importante”. (Médico obstetra directivo).

Aunque algunos médicos recomendaban tres ecografías durante el embarazo, otros consideraban que lo óptimo era una ecografía mensual. La mayoría no veía ningún problema en alentar a las mujeres embarazadas a realizarse varias ecografías:

“Ha sido estudiada minuciosamente y se ha probado que no es dañina, por lo que no tenemos que preocuparnos por eso”. (Ecografista)

Sin embargo, algunos sí plantearon preocupaciones respecto al actual abuso de esta tecnología entre mujeres en Hanoi:

“Pienso que el diagnóstico por ultrasonido es muy beneficioso. Pero no debe ser usado en exceso. Dicen

que las ondas no producen daño al niño, o al menos la ciencia no ha encontrado problemas hasta ahora. Pero aun así creo que deberíamos usarlo sólo en una medida razonable... Tampoco se debería usar la ecografía si no es necesaria”. (Médico obstetra)

Aun cuando las ecografías proporcionan una importante fuente de ingresos para proveedores y hospitales, este hecho fue muy raramente reconocido por los médicos, salvo en comentarios informales, a manera de broma. Los médicos que reconocieron el uso excesivo del ultrasonido con frecuencia culpaban a las mujeres por su deseo de ver al bebé antes de nacer:

“No tienen miedo de gastar dinero en la atención prenatal ni en la ecografía. A menudo no se requiere realizarse una: ‘Temo que sea muy costoso para usted, sólo déjeme examinarla, no necesitamos la ecografía’, les digo. Pero les gusta ver al niño en la pantalla, así son las mujeres jóvenes actualmente”. (Médico obstetra)

Todos los doctores enfatizaron que la ecografía no podría nunca reemplazar el cuidado prenatal esencial, pero que debía combinarse con él. Algunos señalaron que la ultrasonografía no siempre eleva la calidad total del cuidado prenatal. Así, la popularidad de la ecografía había incrementado considerablemente la carga de pacientes en el hospital de maternidad, lo que, según muchos de ellos, dificultaba una apropiada calidad de atención:

“Tanto en la sala de ecografía como en la sala de control prenatal el tiempo es muy limitado. No hay suficiente tiempo para que la paciente hable con el médico sobre sus temores o sobre cosas que no entiende, porque tenemos demasiados pacientes. No hay tiempo, o sólo un tiempo mínimo, para hablar”. (Médico obstetra)

Un médico puede hacer alrededor de 80 ecografías en 2D por día, o 40–50 ecografías en 3D, que son más complejas y requieren más tiempo. Pudo observarse que estos servicios eran proporcionados de manera apresurada en el hospital, y que el contacto médico-paciente era limitado. Muchas de las mujeres confirmaron que “los médicos sólo mueven la máquina y leen el resultado. No dicen ni explican nada”.

Algunos médicos plantearon sus preocupaciones respecto a que otros exámenes prenatales se realizaran menos minuciosamente que antes, cuando la ecografía no había alcanzado una posición central en la atención prenatal. Uno de los funcionarios del Ministerio de Salud, que había sido entrevistado, también había notado

un desplazamiento de la atención del cuidado prenatal esencial hacia la ecografía:

“Una vez, una joven embarazada vino a mi casa a medianoche. Sufrió de un severo edema y resultó que tenía eclampsia –pero esto no había sido detectado por nadie porque no había tenido control prenatal. Había recibido 15 ecografías, pero ningún otro servicio prenatal”.

Discusión

En Vietnam, las directivas nacionales para la atención prenatal no recomiendan el uso rutinario de ecografías en la gestación. Sostienen que la actual proliferación de la ecografía obstétrica debe ser vista en el contexto de la mercantilización vigente en muchas esferas de la sociedad, incluido el sistema de salud vietnamita. Esta investigación muestra que muchas mujeres reciben un número excesivo de ecografías durante el embarazo, a menudo recomendadas por su médico. La principal motivación que lleva a las mujeres a pagar por una ecografía es la seguridad que les da saber que el niño que esperan no presenta ninguna anomalía. A los médicos también les gusta la nueva tecnología, y piensan que proporciona información que ningún otro servicio de atención prenatal puede ofrecer.

Sin embargo, la investigación también encontró que es posible que se estén descuidando otros aspectos de la atención prenatal. Una situación similar fue descrita en un estudio realizado en Siria.⁶ En Botswana, se halló que el personal de salud tendía a llenar la historia y realizar los exámenes físicos de manera menos cuidadosa que antes de la llegada del ultrasonido.⁵

El uso excesivo de la ecografía obstétrica puede ser fácilmente interpretado como ejemplo de la sobremedicalización del embarazo y el parto que las investigadoras feministas han criticado por décadas.²⁵ No obstante, a pesar de su importancia, esta crítica corre el riesgo de pasar por alto las propias y variadas experiencias de las mujeres con relación a la tecnología y las formas en que se sienten atraídas por ella o la utilizan. Como señala Rayna Rapp: “Es una perdurable ironía del pensamiento feminista contemporáneo el que ‘nosotras’, que somos quienes más probablemente nos beneficiamos de las tecnologías de la modernidad, a menudo nos encontremos entre sus críticas más fuertes”.²⁶ Más que ofrecer críticas parciales, puede ser importante buscar una mejor comprensión de las motivaciones que subyacen a la atracción que sienten las mujeres por una tecnología como ésta, así como de las fuerzas que determinan la proliferación

de la tecnología durante el embarazo a nivel mundial.

La mercantilización de la atención prenatal, de la cual el uso excesivo de la ecografía es un ejemplo tanto en Vietnam como en otros lugares, debe ser considerada en el contexto de las políticas y financiamiento de la atención en salud de manera más amplia. En sistemas de salud mercantilizados, donde más que las directivas de política son los mecanismos de mercado los que pueden determinar cómo se ofrecen y son asumidos los servicios de atención de salud, existe un riesgo considerable de uso excesivo de medicamentos, exámenes y otras tecnologías. Esto es especialmente cierto en el caso de una tecnología que ofrece una experiencia fascinante tanto a proveedores como a los futuros padres, es también relativamente barata, fácil de proveer, comprar, y segura para su uso en la gestación.^{16,27}

Con respecto a la seguridad de la ecografía obstétrica, sin embargo, la investigación existente ha sido realizada entre mujeres que han tenido hasta cinco ecografías en la gestación, no 10, 20 o 30.^{28,29}

Para los países en desarrollo, el nuevo modelo de atención prenatal llevado adelante por la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso del ultrasonido sólo para condiciones especiales, tales como mellizos o gestaciones múltiples, y enfatiza que sólo deberían realizarse exámenes “que sirven a un propósito inmediato y cuyo beneficio ha sido comprobado”.³⁰ Un comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS sobre la revisión Cochrane acerca de la ecografía en la gestación temprana plantea: “No se han establecido beneficios claros del uso rutinario de la ecografía. Sobre la base de los hallazgos de esta revisión, el uso rutinario de la ecografía en la gestación temprana no debería estar justificado en los países en desarrollo.”³¹

En Vietnam y en contextos similares, existe una urgente necesidad de formular una política racional y directivas que orienten la práctica acerca del uso apropiado del ultrasonido en la gestación, y de cómo combinarlo de la mejor manera con la atención prenatal esencial, de manera que contribuya a la salud de las mujeres y a una gestación segura, más que a los intereses profesionales o comerciales. El impacto de estas directivas puede, sin embargo, ser limitado en los países donde existe escasa regulación del sector privado, como en Vietnam, y donde el financiamiento de la atención de salud pública se basa de manera importante en pagos de bolsillo. En consecuencia, es importante que exista también una difusión de información a nivel comunitario tanto sobre los límites como sobre los beneficios de la ecografía obstétrica, de modo que las mujeres gestantes puedan tomar decisiones informadas acerca de su uso.

Referencias

- Hartmann B. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice*. Boston: South End Press, 1987.
- Greenhalgh S. Controlling births and bodies in village China. *American Ethnologist* 1994; 21(1):3–30.
- Hardon A. The needs of women versus the interests of family planning personnel, policy-makers and researchers: conflicting views on safety and acceptability of contraceptives. *Social Science and Medicine* 1992;35(6):753–66.
- Junhong C. Prenatal sex determination and sex-selective abortion in rural Central China. *Population and Development Review* 2001;27(2):259–81.
- Tautz S, Jahn A, Molokomme I, et al. Between fear and relief: how rural pregnant women experience foetal ultrasound in a Botswana district hospital. *Social Science and Medicine* 2000;50(5):689–701.
- Bashour H, Hafez R, Abdulsalam A. Syrian women's perceptions and experiences of ultrasound screening in pregnancy: implications for antenatal policy. *Reproductive Health Matters* 2005;13(25):147–54.
- Bricker L, Neilson JP. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks gestation). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;1:3.
- Taylor JS. Image of contradiction: obstetrical ultrasound in American culture. In: Franklin S, Ragoné H, editors. *Reproducing Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1998. p.15–45.
- Harris G, Connor L, Bisits A, et al. "Seeing the baby": pleasures and dilemmas of ultrasound technologies for primiparous Australian women. *Medical Anthropology Quarterly* 2004;18(1):23–47.
- Garcia J, Bricker L, Henderson J, et al. Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. *Birth* 2002;29(4):225–50.
- Ewigman BG, Crane JP, Frigoletto FD, et al. Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *New England Journal of Medicine* 1993;329:821–27.
- Neilson JP. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998;4.
- US Preventive Services Task Force. *Ultrasonography in Pregnancy*. United States Department of Health and Social Services, 1996. At: <http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm>. Accessed 25 July 2006.
- American College of Radiology. *ACR Practice Guideline for the Performance of Antepartum Obstetrical Ultrasound*, 2003. At: http://www.acr.org/s_acr/bin.asp?CID=539&DID=12185&DOC=FILE.PDF, Accessed 25 July 2006.
- Guidelines Advisory Committee. *Prenatal Ultrasound Routine Screening. Recommended Guideline*, 2002. At: <http://gacguidelines.ca/article.pl?sid=02/07/03/1946230N>. Accessed 25 July 2006.
- Marinac-Dabic D, Krulewitch CJ, Moore RM. The safety of prenatal ultrasound exposure in human studies. *Epidemiology* 2002;13(3S):S19–22.
- Bùi KC. Quyết định đối với thai dị tật: vai trò của các thành viên gia đình. [The role of family members in decision-making when a fetus is diagnosed with a malformation]. *Khoa Học Về Phụ Nữ* [Journal of Women's Studies] 2005;5(72):35–42.
- Hoàng THV, Nguyễn HTT, Nguyễn HB, et al. Môi trường lao động và thai dị tật [Working environment and fetal malformations]. *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học* [Journal of Medical Research] 2005;38(5):90–96.
- Đỗ TTT, Nguyễn HTT, Nguyễn HB, et al. Tuổi và n trong thời kỳ mang thai. Một việc làm thiết thực cho nữ giới trong hoàn cảnh bắt đầu thu nhập [The importance of counselling for women who are pregnant with a fetus that is not normal]. *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học* [Journal of Medical Research] 2005;39(6):90–96.
- Ministry of Health and General Statistical Office. *Results of the national health survey 2001–2002*. Hanoi: Medical Publishing House, 2003.
- Đoàn ML. Vấn Đề Giới Tính Của Trẻ Khi Sinh [The Problem of Sex Ratio at Birth]. *Gia Đình & Trẻ Em* [Family & Children], 1.12.2004.
- United Nations. *User fees, financial autonomy and access to social services in Viet Nam*. Discussion Paper No.6. Hanoi: United Nations Viet Nam, 2005.
- Ministry of Health. *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services*. Hanoi, 2002.
- Bao Nga. "Xem phim" qua máy siêu âm 4 chiều [Watching film through the 4D scanning machine]. *Sức Khỏe Gia đình* [Family Health] 2004;25:38.
- Rothman BK. *Recreating Motherhood: Ideology and Technology in a Patriarchal Society*. New York: WW Norton, 1989.
- Rapp R. Real-time fetus. The role of the sonogram in the age of monitored reproduction. In: Downey GL, Dumit J, editors. *Cyborgs and Citadels. Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies*. Santa Fe: School of American Research Press, 1997. p.31–48.
- Abramowicz JS. Ultrasound in obstetrics and gynecology: is this hot technology too hot? *Journal of Ultrasound in Medicine* 2002;21:1327–33.
- Marinac-Dabic D, Krulewitch CJ, Moore JM. Birth weight in relation to frequent prenatal exposures. *American Journal of Epidemiology* 1994;139:S62.
- Newnham JP, Evans SF, Michael CA, et al. Effects of frequent ultrasound during pregnancy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993; 342(8876):887–91.
- World Health Organization. *The WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual of the Implementation of the New Model WHO/RHR/0130*. Geneva: WHO, 2002. p.6.
- Belizán J. Routine ultrasound in early pregnancy: RHL commentary (last revised: 22 September 1998). *The WHO Reproductive Health Library*, No.8. 2005. At: www.rhlibrary.com

Análisis situacional de la calidad de atención del aborto en el hospital principal de maternidad en Hai Phong, Vietnam

My Huong Nguyen,^{a,c} Tine Gammeltoft,^b Vibeke Rasch^c

- a Investigadora Senior, Instituto Científico de Población, Familia e Infancia, Vietnam. Comisión de Población, Familia e Infancia, Hanoi, Vietnam. E-mail: M.H.Nguyen@pubhealth.ku.dk
- b Profesora Asociada, Instituto de Antropología, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.
- c Profesora Asociada, Departamento de Salud Internacional, Instituto de Salud Pública, Universidad de Copenhague, Copenhague, Dinamarca.

Resumen: *Seis meses después de la implementación de un proyecto de Atención Integral del Aborto en el Hospital Phu-San, maternidad principal de Hai Phong en Viet Nam septentrional, se realizó un estudio de los servicios de aborto, que exploró la interacción entre los prestadores de servicios y las usuarias, y la influencia de los valores culturales en la calidad de la atención. Se emplearon modalidades cuantitativas y cualitativas: una encuesta estructurada de tres partes entre 748 mujeres antes y después del aborto, 20 entrevistas con mujeres justo después del aborto, siete entrevistas con personal de salud y 100 observaciones de participantes. Tanto las mujeres como el personal equipararon la calidad de la atención con un mejor desempeño técnico del procedimiento de aborto. La falta de conocimientos y habilidades tuvo un impacto negativo en el suministro de información y consejería de calidad respecto al entendimiento y la aceptación de la anticoncepción, el tratamiento de infecciones ginecológicas y la prevención de infecciones postaborto. Para mejorar la atención del aborto en hospitales como el Phu-San, se necesitan programas de capacitación que integren la consejería y habilidades clínicas y aborden los factores culturales que obstruyen la interacción entre el personal de salud y las mujeres de manera equitativa. Debe establecerse un sistema de supervisión con apoyo que le impute al personal de salud la responsabilidad de llevar a cabo sesiones de consejería e información de alta calidad.*

Palabras Clave: *calidad de servicio, acceso a servicios de aborto, consejería, anticoncepción, infección del tracto reproductivo, relaciones entre proveedores y pacientes, Viet Nam.*

LOGRAR que el aborto sea seguro juega un rol importante en la salud y bienestar de las mujeres. Sin embargo, una amplia proporción de esa población en el mundo, especialmente en los países en desarrollo, no accede aún a servicios de atención de aborto de buena calidad.¹⁻³ En Vietnam, el aborto es legal y disponible a solicitud desde 1960.⁴ La tasa de aborto empezó a crecer a principios de la década del 80, lentamente al inicio y luego rápidamente hacia fines de la misma década⁵ con la consiguiente disminución en la tasa global de fecundidad, de 4.0 en 1987 a 1.9 en 2002.⁶ A mediados de los 90, Vietnam tenía una de las tasas de aborto más

altas del mundo, 83 por 1 000 mujeres en edad reproductiva.⁷ Dicha tasa estaba asociada a: escasas opciones de métodos anticonceptivos modernos, una elevada tasa de falla del DIU, una estricta política de población⁸ y a menudo negligencia en la consejería y provisión de anticoncepción post-aborto, que podría haber evitado nuevos abortos en algunas mujeres.⁴ A diferencia de otros países con situaciones similares, la información sobre el aborto ha sido registrada meticulosamente e incluso exagerada en Vietnam a fin de obtener una mayor asignación de antibióticos.⁸ De esta manera, es posible que la tasa de aborto en Vietnam entre los años 80 y 90

no haya sido mucho más alta que en otros países que presentan un similar descenso acelerado en la fertilidad. Actualmente, este descenso se ha estabilizado; en el 2002, la tasa de aborto había disminuido a 60 por 1 000 mujeres entre 15 y 44 años.⁶

El gobierno de Vietnam reconoce que la calidad de atención es un aspecto importante de los servicios de aborto. La necesidad de una atención de calidad fue reconocida oficialmente por el Programa de Salud Reproductiva en 1994, siguiendo las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. La Estrategia Nacional de Atención en Salud Reproductiva del año 2000 tenía también el objetivo de garantizar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud reproductiva de alta calidad para el año 2010. La estrategia incluye reducir en un 25% las gestaciones no deseadas y mejorar la calidad, de manera que el 90% de las mujeres que buscan servicios de aborto reciban información y consejería en salud reproductiva y anti-concepción.⁹ Las primeras Normas y Directrices Nacionales para los Servicios de Salud Reproductiva fueron elaboradas en el 2002, y enfatizan el derecho de las mujeres a la información y a un trato respetuoso dentro del sistema de salud pública.¹⁰

Adicionalmente, el Ministerio de Salud ha establecido una alianza con Ipas, para implementar una atención de alta calidad del aborto, centrada en las mujeres, a través del proyecto de Atención Integral del Aborto en cuatro hospitales provinciales hasta la fecha.* El proyecto se enmarca en las Normas y Directrices Nacionales para el Aborto Seguro, que subraya la importancia de utilizar técnicas de aborto seguras, así como la consejería y la prevención de infecciones. Una de las prioridades del proyecto fue reemplazar la dilatación y curetaje (D&C) por la aspiración por vacuum para los procedimientos realizados en el primer trimestre, asegurando la disponibilidad de la aspiración manual al vacío (AMV) y garantizando un abastecimiento regular del kit de AMV. Esto ha dado como resultado significativo una mejora

* Este proyecto en Hanoi, ciudad de Ho Chi Minh, provincias de Đông Nai y Hai Phong, documenta las estrategias y desafíos que supone ampliar la escala de las actividades de atención del aborto y su impacto sobre la calidad, el costo y la efectividad. Los médicos y otros proveedores fueron entrenados en el uso de la AMV; se brindó apoyo para establecer normas vinculadas al sistema de registro y a prácticas estándar como la prevención de infecciones; y se introdujo el aborto médico y métodos más seguros para realizar el aborto en el segundo trimestre a nivel terciario, provincial, distrital y comunal en el sistema de salud. En 2001, el proyecto fue implementado en las dos instituciones más grandes, la Institución para la Protección de la Madre y el Recién Nacido y el Hospital de Tu-Du Ob-Gyn, y en 2003, en los hospitales de Hai Phong y Đông Nai Ob-Gyn.¹¹

técnica en la atención del aborto en el hospital Phu-San de Hai Phong, Vietnam septentrional.¹¹ Para estudiar en mayor profundidad la calidad de la atención del aborto en el hospital Phu-San, nos centramos en las relaciones proveedor-paciente y en la provisión de información y consejería, dos aspectos de la calidad de atención a menudo olvidados.

Ámbito de estudio

El Hospital Phu-San brinda atención materna, incluyendo servicios de aborto, a cerca de 500 mil mujeres. Tiene dos departamentos que brindan servicios de aborto y planificación familiar: el Departamento de Servicios sujetos a pago (“Dich vu”) y el Departamento de Planificación Familiar. En este último fue donde se implementó el proyecto de Atención Integral del Aborto en el año 2003, y donde se realizó este estudio. El equipo que trabaja en la clínica incluye cinco médicos y nueve obstetras. Los médicos realizan los abortos inducidos; la consejería la brinda generalmente una enfermera que ha sido capacitada por el proyecto, pero también algunos médicos y obstetras de manera rotativa.

Una evaluación de necesidades previa a la implementación del proyecto de Atención Integral del Aborto encontró que el establecimiento estaba pobremente equipado y carecía de espacio y privacidad. Más aún, el equipo de salud no brindaba a las mujeres consejería anticonceptiva post-aborto ni información sobre prevención de infecciones.¹² Después de la evaluación de necesidades, el proyecto se centró en: capacitar a los proveedores en AMV (aspiración manual al vacío), mejorar la consejería y la prevención de infecciones, monitorear los servicios y la capacitación y otros aspectos de la atención integral.¹¹

Como parte de la atención del aborto, el Departamento de Planificación Familiar debía proporcionar dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos inyectables post-aborto. Si la mujer deseaba otro método era derivada a una clínica materno-infantil y de planificación familiar. Los condones y la espuma vaginal debían ser adquiridos en una farmacia. Durante el periodo de estudio se puso a disposición los anticonceptivos orales y los condones para permitir que las mujeres dejaran el hospital con el método de su preferencia. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, no hubo disponibilidad de DIU al principio del estudio.

Métodos

Se utilizó un enfoque cuantitativo y cualitativo combinado. La población de estudio comprendió a las 811 mu-

eres que buscaron servicios de aborto entre el primero de diciembre de 2003 y el treinta de abril de 2004. De ellas, 748 se sometieron a abortos quirúrgicos y fueron invitadas a participar en una encuesta de tres partes, utilizando cuestionarios estructurados. La primera parte se realizó después de recibir la consejería y antes del procedimiento; la segunda, después que la mujer se hubiera recuperado del aborto, y la tercera entre dos y tres semanas después de haber sido dada de alta, cuando volvía para su control. La primera parte fue respondida por las 748 mujeres y cubría su situación socioeconómica y su historia reproductiva. La segunda parte se centró en la calidad del servicio, las actitudes de los proveedores y la calidad de la consejería, así como en las intenciones respecto a la anticoncepción post-aborto. Veinticinco mujeres no participaron en la segunda parte debido a que se sentían muy débiles o tenían demasiado dolor como para responder. De las 723 mujeres que sí participaron en la segunda parte, 701 asistieron también a la tercera, que estaba centrada en la anticoncepción post-aborto, síntomas de infección al tracto reproductivo y tratamiento.

La data fue ingresada dos veces, por dos operadores distintos, usando el programa Epi Data 3.0 de la Sociedad Danesa de Salud Pública, Dinamarca. Se comparó los dos conjuntos de datos y se corrigió las inconsistencias. Se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS 13.0) para el análisis estadístico.

De las 748 mujeres que participaron en la encuesta inicial, 20 fueron seleccionadas para las entrevistas en profundidad tomando en cuenta la diversidad de sus características demográficas. Se les aseguró que la entrevista se llevaría a cabo después de que se hubieran realizado el aborto, fuera del hospital, en un ambiente informal. Estas entrevistas se centraron en el nivel de satisfacción de las mujeres respecto al servicio, la calidad de la información y consejería ofrecidas y sobre las competencias del equipo de salud. Para asegurar la confidencialidad, el lugar y hora de las entrevistas fueron establecidos por las entrevistadas. Alrededor de la mitad eligió su propio hogar, las demás entrevistas se llevaron a cabo en cafés o en la casa de la doctora My Huong Nguyen, una de las autoras de este artículo. Todas las entrevistas fueron conducidas y grabadas por ella, y por lo tanto transcritas en idioma vietnamita. La codificación de los datos fue determinada por la guía de entrevista; los segmentos transcritos fueron clasificados según el tema de discusión. Adicionalmente, la misma autora mantuvo discusiones informales con cinco médicos y dos enfermeras durante las horas de almuerzo y después del trabajo para obtener la perspectiva de los proveedores acerca de la calidad de atención.

Las observaciones participantes también fueron realizadas por la doctora My Huong Nguyen, utilizando un enfoque inspirado en el modelo de evaluación de la calidad de atención de Donabedian y Bruce.^{13,14} Las observaciones cubrieron un amplio rango de actividades de comportamiento, tales como la competencia técnica del equipo y la interacción con las mujeres que se sometían a un aborto. Se realizaron cien observaciones participantes en cada etapa del aborto: consejería pre-procedimiento, al momento de preparar los instrumentos e insumos, y durante la fase de finalización y recuperación. Las observaciones fueron registradas en un formato estructurado y se aplicó un sistema de puntuación vinculado a si la actividad no había sido observada, lo fue sólo parte del tiempo o en todo momento.

Todas las mujeres fueron informadas de los objetivos del estudio y de la naturaleza voluntaria de su participación. Se garantizó la confidencialidad y anonimato y se obtuvo un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Copenhague.

Resultados

La edad promedio de las 748 mujeres fue de 29 años (rango 17–51) (Tabla 1), y aproximadamente un tercio eran solteras. El número promedio de hijos fue de 1.6; el número promedio de embarazos, 3.1 (rango 1–11); el número promedio de abortos, 1.9 (rango 1–9), y de partos, 1.1. La mayoría de los abortos (93%) se realizó en el primer trimestre de la gestación.

Interacciones proveedor-paciente

En la encuesta, 92% de las mujeres señalaron que habían sido tratadas con respeto por el personal de salud (Tabla 2). En contraste, en las entrevistas en profundidad manifestaron que existía una pobre interacción con los proveedores; las mujeres sentían a menudo que eran tratadas con poca cortesía. Sin embargo, no expresaban su insatisfacción, y aceptaban en silencio las actitudes del personal por temor a que las quejas afectaran la calidad de atención. Las siguientes palabras muestran claramente el fastidio que sintió una mujer cuando la médica que la atendía abandonó la sala para conversar con su colega:

“Estoy fastidiada de tener que esperar tanto tiempo, pero simplemente no me atreví a preguntarle en ese momento porque temía que me echara la culpa por interrumpirla. Pensé que era mejor esperar hasta que volviera.” (En profundidad 12)

Tabla 1. Características de las mujeres con acceso a servicios de aborto que fueron encuestadas (n=748)

	Número	%
Edad		
<24	225	31.1
25-29	200	26.7
30-34	140	18.7
35-39	104	13.9
40+	79	10.6
Promedio	29.3 (SD 7)	
Estado civil		
Soltera	213	28.5
Casada	535	71.5
Educación		
Primaria	21	2.8
Secundaria	172	23.0
Escuela superior	475	63.5
Universitaria/vocacional	80	10.7
Residencia		
Urbana	560	74.9
Rural	188	25.1
Uso anticonceptivo		
Usado antes	565	75.5
Nunca usado	183	24.5
Número promedio de embarazos	3.1 (SD 1.8)	
Número promedio de partos	1.1 (SD 0.89)	
Número promedio de abortos	1.9 (SD 1.17)	

La cultura de atención en salud en Vietnam ubica al paciente en una posición subordinada con respecto a los proveedores. Así, éstos permitían que se les interrumpiera por asuntos privados, que consideraban más importantes que las necesidades de las mujeres que estaban atendiendo, incluso cuando se preparaban para un examen pélvico o durante la consejería:

“A veces desaparezo por un cuarto de hora o media hora. En realidad, no tengo nada que hacer; pero ésta es la forma como nosotros [el personal de salud] les hacemos saber quién es superior aquí. Más aún, nuestras amistades son más importantes que las pacientes”. (Doctor T., conversación informal)

Sin embargo, las mujeres tampoco esperaban algo mejor. Sus expresiones de respeto por el personal parecían reflejar fundamentalmente su satisfacción por las habilidades técnicas de los proveedores. Para ellas, estas habilidades y la ausencia de complicaciones eran más importantes. Tendían a ignorar lo que se ha denominado competencia cultural, es decir, la combinación de conocimientos, habilidades clínicas y comportamiento, que lleva a resultados positivos en la atención de los pacientes.¹⁵ Su principal interés era acabar con el embarazo en forma segura y rápida, y prestaban menos atención a otros aspectos. De la misma manera, el personal de salud tendía a considerar la calidad de atención básicamente como una cuestión de competencia técnica. Incluso al ser inducidos, sólo un médico reconoció las relaciones interpersonales como un elemento de la calidad de atención.

Las observaciones de las participantes respaldan estos hallazgos. La mayoría de las mujeres eran recibidas

Tabla 2. Opinión de las mujeres encuestadas sobre la calidad de la atención del aborto

Indicadores de calidad de atención	Número	%
Trato del personal de salud (n=732)		
Respetuoso	676	92.3
Indiferente	1	0.1
Otro	55	7.5
Información dada durante la consejería (n=732)		
Posibles complicaciones post-aborto	610	83.3
Métodos anticonceptivos	605	82.6
Comprensión de las complicaciones post-aborto (n=610)		
Completa	366	60
Parcial	244	40
Comprensión de los métodos anticonceptivos (n=605)		
Completa	332	54.9
Parcial	273	45.1
Querían hacer más preguntas (n=732)		
Sí	226	30.9
No	506	69.1
Hicieron preguntas sobre (n=223)		
Condición de salud post-aborto	21	9.3
Reproducción post-aborto	81	35.8
Complicaciones del aborto	108	48.4
Planificación familiar post-aborto	160	70.8

Recuadro 1. Indicadores de calidad de atención medidos durante las observaciones participantes

Actividades	Puntaje
Guiadas hacia	
Muestra de orina para prueba de embarazo	Mayoría sí ^a
Ecografía	Mayoría sí
Examen ginecológico	Probablemente no ^b
Asistencia a sesión de consejería	Probablemente no
Descanso en la sala de recuperación	Probablemente no
Consejería post-aborto	Probablemente no
Evaluación de salud antes del alta	Probablemente no
Apoyo durante la consejería	
Se presentó ante la mujer	Rara vez ^c
Usó un lenguaje claro y simple	Rara vez
Discutió el riesgo de la mujer de quedar embarazada de no utilizar anticoncepción	Rara vez
Proporcionó información sobre el procedimiento de aborto	Rara vez
Discutió la disponibilidad, beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos	Rara vez
Ofreció a la mujer elegir entre diferentes métodos anticonceptivos	Mayoría sí
Explicó cómo usar el método	Mayoría sí
Explicó posibles efectos secundarios del método	Mayoría sí
Proporcionó información sobre infección post-aborto y prevención	Rara vez
Oportunidad de expresar inquietudes y hacer preguntas	
La consejería fue una conversación de doble vía	Rara vez
Mostró interés y preocupación por la mujer	Rara vez
Alentó a la mujer a hablar acerca de por qué estaba embarazada	Rara vez
Oportunidad de hacer preguntas sobre el procedimiento del aborto	Rara vez
Oportunidad de hacer preguntas sobre los métodos anticonceptivos	Mayoría sí
Preguntó a la mujer si tenía alguna preocupación o preguntas	Mayoría sí

a Mayoría sí indica 70% o más

b Probablemente no indica sólo 10-20% del tiempo

c Rara vez indica menos de 5% del tiempo

de manera indiferente. No había señales en las paredes que las orientaran adónde tenían que ir. A menudo, el personal de salud atropellaba y regañaba a las mujeres acusándolas de provocar el caos y desorden en el departamento.

El recuadro 1 muestra los indicadores de calidad de atención medidos y la frecuencia de las observaciones. Una tercera parte de las mujeres no recibió ninguna información o soporte durante el procedimiento del aborto, y el resto sólo recibió información parcial (no se muestra la data). Sólo el 5% de las mujeres recibió alguna asistencia del personal para llegar a la sala de recuperación; la mayoría tuvo que apoyarse en sus familiares. Con frecuencia, el personal tampoco expresó ninguna empatía hacia ellas. Más aún, el personal no estuvo presente en la sala de recuperación durante ninguna de las observaciones, y no se examinó la condición de ninguna de las mujeres antes de ser dadas de alta.

Privacidad y dignidad

La mala relación interpersonal puede explicarse parcialmente por la restricción de espacio en la clínica que incluso podía impedir la privacidad durante el examen pélvico o la consejería. Adicionalmente, las mujeres eran ambivalentes frente al hecho de tener que desnudarse delante de otros. Consideraban que esto era “normal” porque “ésta es una clínica de aborto, no una clínica de salud general, así que todas tienen que hacer lo mismo”. Pero al mismo tiempo, muchas se sentían avergonzadas:

“¿No es vergonzoso?... nosotras somos seres humanos y mujeres, no cosas que uno puede tirar al suelo como el arroz para que se seque al sol (pho ‘i lúa). Pero ¿qué puedo hacer? No puedes expresar públicamente tu vergüenza; el personal de salud y las otras mujeres se burlarían de ti por tratar de guardar las apariencias (giu si dien). Después de todo, todas tienen que hacer lo mismo. Lo único que podía hacer era pretender que todo estaba bien.” (En profundidad 5)

Información y consejería sobre anticoncepción post-aborto

La data cuantitativa muestra que la mayoría de las mujeres recibió información sobre complicaciones del aborto y métodos anticonceptivos como parte de la consejería previa al procedimiento del aborto. Sin embargo, sólo la mitad reportó haber entendido completamente la información, y la tercera parte expresó su deseo de conocer más sobre temas vinculados al aborto (Tabla 2).

Tabla 3. Método anticonceptivo: intención de uso, método preferido, uso real y método usado por las mujeres encuestadas

Intención de usar un método	Número (n=732) ^a	%	Usa un método	Número (n=701)	%
Sí	627	83.8	Sí	354	83.8
No	82	10.9	No	347	10.9
No decidida aún	23	3.1			3.1
Método preferido	Número (n=627) ^b	%	Método utilizado	Número (n=354)	%
DIU	133	21.2	DIU	7	21.2
Píldora oral	83	13.2	Píldora oral	32	13.2
Condomes	373	59.5	Condomes	279	59.5
Otros métodos modernos ^c	19	2.9	Otros métodos modernos	9	2.9
Métodos naturales ^d	19	3.1	Métodos naturales	26	3.1

a Total de respondientes en la segunda encuesta
b Total de respondientes en la tercera encuesta
c Píldoras de emergencia, espuma vaginal, DMPA y esterilización
d Retiro y ritmo

Después de la entrevista inicial, el 84% dijo que tenía la intención de usar anticonceptivos pero sólo la mitad estaba aplicando algún método en la visita de seguimiento. Más aún, había una diferencia entre el método por el que habían expresado una preferencia y el método que estaban usando (Tabla 3). Por ejemplo, muchas mujeres habían expresado su preferencia por el DIU, pero muy pocas en realidad lo estaban usando (2%). En el caso del condón, igualmente, más mujeres expresaban su preferencia por él, aunque lo usaban en un porcentaje menor (78%).

Si bien las mujeres pensaban que la información sobre anticoncepción post-aborto era importante, muchas mencionaron que no se les ofreció la oportunidad de hacer preguntas o expresar dudas para tomar una decisión informada. De ese modo, no importaba si recibían o no consejería, así que no prestaron mucha atención durante la sesión. Incluso, a pesar de su necesidad por obtener mayor información sobre problemas ginecológicos, se sintieron renuentes a hacer preguntas:

“... Me hubiera gustado que el médico o en la consejería me hubieran dicho más acerca de ‘mi enfermedad’ pero no lo hicieron. Una vez hice una pregunta pero la forma como me respondieron me quitó el entusiasmo. Preferiría visitar a un médico privado, donde puedo preguntar”. (En profundidad 16).

La mayoría de las mujeres quería información sobre anticonceptivos que contemplara su situación específica y su experiencia anticonceptiva previa. En vez de ello, la información era idéntica para todas. Así, la consejería era percibida como tediosa:

“No hay nada nuevo. Yo también puedo nombrar estos métodos de planificación familiar porque he escuchado al promotor de planificación familiar hablar de ellos en mi comuna. No sé cómo funcionan ni qué efectos secundarios tienen, y no me lo dijeron en la consejería”. (En profundidad 4).

“Fue una presentación aburrida. ¿Sabes?, la enfermera sólo hacía su trabajo... habló de planificación familiar pero muy vagamente. No recuerdo lo que me dijeron”. (En profundidad 2).

El personal de salud también se quejó de las sesiones de consejería. Muchos de ellos sentían que tenían pocas habilidades para la consejería, materiales inadecuados, restricciones de tiempo y falta de apoyo de los supervisores. También sentían falta de interés de parte de las mujeres. Consideraban que la consejería no era parte de la atención del aborto, sino una actividad extra que no querían realizar, aunque reconocían la importancia del uso de anticonceptivos. Tampoco les gustaba que la

consejería fuese rotatoria y muchas enfermeras dijeron que preferirían no hacer la consejería anticonceptiva:

“... la única información disponible sobre aborto y planificación familiar que puedo usar para la consejería son estos materiales de lectura de un curso de capacitación al que asistí hace algunos meses... No estoy segura de que podría responder a todas las preguntas de las mujeres... Y estoy harta de las que sólo se sientan a escucharme sin prestar ninguna atención, y son muchas... Yo sólo trato terminar lo más pronto posible”. (P., consejera)

Las observaciones arrojaron un cuadro similar. Aunque se ofrecía rutinariamente a las mujeres la oportunidad de expresar sus preocupaciones, muy pocas lo hicieron y muchas aceptaban rápidamente un método. Ello puede explicar la diferencia entre la intención manifiesta y el uso del método. Más aún, un gran número de mujeres que había solicitado un DIU dejó la clínica sin él, debido a que ni el consejero ni la mujer se lo mencionaron al médico que realizaba la inserción.

Tabla 4. Profilaxis antibiótica post-aborto, síntomas vaginales y tratamiento en mujeres encuestadas (n=732)

	Número	%
Prescripción de antibióticos post-aborto y cómo tomarlos	732	100
Experimentó síntomas vaginales post-aborto (n=701)		
Sí	214	30.7
No	487	69.3
Ocurrió un problema vaginal (n=214)		
Dentro de la primera semana	72	33.6
Después de dos semanas	142	66.4
Visitó una clínica para control ginecológico (n=214)		
Sí	24	11.2
No	190	88.8
Razones por las cuales no visitó una clínica (n=190)^a		
Problema menor	47	30.7
No tuvo tiempo	68	35.8
Automedicación	20	10.5
Esperó al control de seguimiento	75	38.9

Prevención de infecciones post-aborto

El estudio cuantitativo reveló que a todas las encuestadas se les había prescrito antibióticos profilácticos y se les había indicado cómo tomar la medicina (Tabla 4). En la entrevista durante el seguimiento, un tercio dijo que había tenido síntomas post-aborto tales como irritación o flujo vaginal, pero sólo el 11% había buscado atención profesional. Entre las que tuvieron síntomas, cerca de un tercio consideró que éstos eran menores y que no requerían atención, mientras que el 10% se automedicó remedios que no precisaban receta médica. Algunas veces, los problemas para obtener el dinero que les permitiera comprar los antibióticos recetados hicieron que las mujeres desplegaran su creatividad:

“Compré los antibióticos que me recetaron. El primer día tomé la medicina como me la indicaron y escuché (*xem xét*) la reacción de mi cuerpo. Si el flujo (vaginal) parecía normal, dejaba de tomarla y guardaba el resto por si mis hijos se enfermaban”. (En profundidad 16)

El personal de salud advertía que la falta de manejo de las infecciones al tracto reproductivo (ITR), muy comunes entre las mujeres vietnamitas, era una significativa debilidad en la clínica. Sin embargo, no utilizaban la sesión de consejería para informar a las mujeres acerca de las ITR o la infección post-aborto. Más aún, muchos de ellos pensaban que no era adecuado realizar exámenes de diagnóstico de ITR, porque casi todas las mujeres las tenían y que bastaba con recetarles antibióticos de amplio espectro para prevenir cualquier infección:

“Es ridículo pedirles a estas mujeres que se hagan un diagnóstico de ITR porque casi 99%, si no el 100%, de las que buscan un aborto ya tienen una ITR”. (Médico, conversación informal)

“... Se prescribe antibióticos para prevención de una infección secundaria a las pacientes que se someten a un aborto, que son antibacteriales y derivados de imidazol. Estos antibióticos curan adecuadamente las infecciones pre y post-aborto”. (Microbiólogo, conversación informal)

La observación de las participantes respaldó estos comentarios. La consejería sobre estos temas era mínima. La información sobre síntomas de ITR identificados durante el examen pélvico era registrada en la historia clínica pero raramente compartida o discutida con la mujer, ni se le daba información para la prevención. Aunque los afiches y folletos proporcionaban alguna información so-



MY HUONG NGUYEN

Family planning providers discussing pelvic exam results in front of other women, Phu-San Hospital

bre las ITR, no siempre estaban disponibles y en algunos casos estaban desactualizados, por ejemplo, un folleto describía la ducha vaginal como una estrategia preventiva aceptable. El formulario impreso de consentimiento informado que las mujeres debían leer y firmar mencionaba el riesgo de infección vinculada al aborto, pero estaba escrito en un lenguaje técnico, no adecuado para una fácil comprensión, y tampoco brindaba información acerca de qué hacer en caso de presentar síntomas.

Discusión

Seis meses después de que muchos aspectos de la atención del aborto en el hospital mejoraran gracias al proyecto de Atención Integral del Aborto, se encontró una deficiente calidad de atención en la relación proveedor-paciente, en la provisión de información y consejería anticonceptiva. Al parecer la raíz de estos problemas está fundamentalmente en la cultura médica pero también en las creencias, valores y hábitos sociales. La cultura de atención en salud coloca a las mujeres en una situación de resignación y sumisión, que se agrava por la falta de conciencia sobre sus derechos como pacientes, el más elemental de todos: el derecho a preguntar.

Las respuestas de las mujeres a temas sensibles en el

cuestionario estructurado pueden haber sido afectadas por un “sesgo de cortesía”¹⁶ es decir que hayan respondido según lo que consideraban socialmente aceptable. Tal vez, culturalmente, pueden haber tenido expectativas tan bajas que, sin importar el nivel de atención que recibieran, éste hubiera satisfecho o incluso excedido sus expectativas.^{17–20} De esta manera, expresaron una satisfacción general con los servicios ofrecidos a pesar de la insatisfacción por la falta de privacidad, o por no poder hacer preguntas u obtener la información o método anticonceptivo que querían.

En muchos contextos de atención de salud reproductiva, se brinda a menudo menos atención a la atmósfera sociocultural que a las habilidades clínicas.¹⁸ Más aún, la cultura vietnamita está aún influenciada por los principios del Confucianismo, según los cuales la armonía, el deber, el honor, el respeto, la educación y la lealtad a la familia y la sociedad se consideran valores centrales. La influencia del Confucianismo combinada con los valores del socialismo han dado como resultado una devaluación de la autonomía, que ha contribuido en parte a lo que se denomina “resignación cultural” (*cam chiu*) con relación a la vida cotidiana.²¹ Esto, junto a la actual práctica centrada en el proveedor del sistema de salud pública en Vietnam,²² afecta en gran medida las experiencias de las

mujeres en la atención de salud,²³ dado que son tratadas como subordinadas que no pueden cuestionar nada. Así, su silencio es percibido como un signo de comportamiento virtuoso y de cumplimiento de su deber social.

Durante los años 1954–1986, antes de las reformas económicas (*Doi moi*), los proveedores de salud del sistema de salud pública eran representantes del gobierno que tenían la responsabilidad de cuidar bien al pueblo. Como resultado, el sistema de salud pública en Vietnam mejoró notablemente, en especial en las últimas décadas.²⁴ Sin embargo, la salud pública subsidiada y la restricción de los servicios privados por más de 30 años, dieron al personal de salud una gran autoridad y privilegios, que han tendido a mantenerse. Dice un proverbio vietnamita que “para cruzar el río dependes del barquero” (*qua song thi phai huy do*). Aplicado a este tema, podría decirse que quienes buscan atención en los servicios de salud pública deben ganar el favor del personal de salud y depender de su buena voluntad. Esta situación no promueve una cultura de derechos del paciente sino una de “pedir y dar permiso” (*co che xin-cho*) que se ha vuelto gradualmente parte de la cultura vietnamita cotidiana, y funciona ampliamente en cada uno de los sectores de servicios del gobierno, educación, cultura, economía y salud. ¿Cómo lograr, entonces, que el “barquero” se vuelva cariñoso y comprensivo para mejorar aún más la atención de las mujeres en casos de aborto?

En otros contextos, se ha demostrado que las mejoras en la calidad de los servicios de anticoncepción de las clínicas de aborto incrementan notablemente el uso de anticoncepción post-aborto.^{25–27} A pesar del bajo nivel del uso de métodos anticonceptivos y de la falta de in-

formación sobre anticoncepción, ITR e infección post-aborto, la información y consejería no eran consideradas prioritarias por las mujeres ni por los proveedores de este hospital. La falta de capacitación y recursos para proporcionar una consejería de calidad contrastaba con las habilidades técnicas de los proveedores, área en la que se encontró un alto nivel de competencia.¹¹ Sin embargo, sin considerar si las mujeres tenían síntomas de ITR o infección post parto, el personal de salud recetaba antibióticos profilácticos a todas las que se habían sometido a un aborto, y no subrayaba la importancia de tomar la dosis completa, tampoco lo verificaba a pesar de que en la práctica las mujeres no siempre lo hacían.

Para mejorar la atención del aborto en establecimientos de salud pública como el Hospital Phu-San en Hai Phong, la provisión de información sobre salud reproductiva y derechos a nivel de la comunidad ayudaría a empoderar a las mujeres para que puedan hacer preguntas y vencer la “resignación cultural”. Se requiere programas de capacitación para proveedores de servicios de aborto y estudiantes de medicina, que integren a las habilidades clínicas, habilidades de comunicación y consejería, y aborden los factores culturales que dificultan que el personal de salud y las mujeres interactúen en forma equitativa. Adicionalmente, se requiere información, recursos, y disponibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos de manera que los proveedores puedan ofrecer anticoncepción post-aborto acorde a las necesidades de las mujeres. Finalmente, pero no menos importante, debería establecerse un sistema de supervisión que ofrezca soporte con el fin de asegurar que el personal de salud capacitado realice sesiones de información y consejería de alta calidad.

Situation Analysis of Quality of Abortion Care in the Main Maternity Hospital in Hai Phong, Viet Nam
Reproductive Health Matters 2007;15(29):172–182

Referencias

- Huntington D. Meeting women's health care needs after abortion. Program Briefs 1. Washington DC: Population Council/Frontiers, 2000.
- Benson J, Gringle R, Winkler J. Preventing unwanted pregnancy: management strategies to improve post-abortion care. *Advances in Abortion Care* 1996; 5(1):1–8.
- McInerney T, Baird TL, Hyman AG, et al. A guide to providing abortion care. Technical Resources for Abortion Care. Chapel Hill NC: Ipas, 2001.
- World Health Organization. Abortion in Viet Nam: an assessment of policy, programme and research issues. Expanding options in reproductive health. WHO/RHR/HRP/ITT/99.2. Geneva: WHO, 1999.
- Johansson A. Dreams and dilemmas: women and family planning in rural Viet Nam. PhD thesis, Karolinska Institutet. Stockholm, Sweden, 1998.
- Viet Nam National Committee for Population Family and Children. Viet Nam Demographic and Health Survey 2002. Hanoi: VCPFC, 2003.
- Henshaw SK, Singh S, Haas T. Recent trends in abortion rates worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999; 25(1):44–48.
- Nghi DT, Khe ND. Viet Nam abortion situation. Country report. International conference on Expanding Access: Mid-level Providers in Menstrual Regulation and Elective Abortion Care. Kwa Maritane Lodge, 3–6 December 2001.
- Viet Nam Ministry of Health. National Strategy on Reproductive Health Care for the Period 2001–2010.

- Hanoi7 VMOH, 2003.
10. Viet Nam Ministry of Health. National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services. Hanoi7 VMOH, 2003.
 11. Ipas. Ipas in Viet Nam: a country report. 2005. At: <www.ipas.org/english/research/current_research.asp#Asia>. Accessed 9 September 2006.
 12. Ipas. Needs assessment of abortion care. Hanoi7 Ipas Viet Nam, 2003.
 13. Donabedian A. *Selecting Approaches to Assessing Performance*. Oxford7 Oxford University Press, 2003.
 14. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning* 1990;21(2):61–91.
 15. Hall GG. Culturally competent patient care. *A guide for providers and their staff*. 2001. At: <www.myapipa.com/provcc.htm>. Accessed 9 September 2006.
 16. Ruth RE, Bertrand JT. Monitoring quality of care in family planning programs: a comparison of observations and client exit interviews. *International Family Planning Perspectives* 2001;27(2):63–70 At: <www.guttmacher.org/pubs/journals/2706301.html>. Accessed 1 August 2006.
 17. Williams T, Schutt-Aine' J, Cucca Y. Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. *International Family Planning Perspectives* 2000;26(2):63–71.
 18. Wilde B, Larsson M, Larsson G, et al. Patients' views on quality of care: a comparison of men and women. *Journal of Nursing Management* 1999;7(3):133–39.
 19. Tha'ng NM, Johnson R, Landry E, et al. Quality of contraceptive and abortion services at three sites in Viet Nam. Hanoi7 Statistical Publishing House, 1998.
 20. Nha'n VQ, Mai LTP, Ha'u NT, et al. A situation analysis of public sector reproductive health services in seven provinces of Viet Nam. Hanoi7 Population Council Viet Nam, 2000. p.90.
 21. Schafer JC. Cultural background: religion, language, myths, legends. In: Schafer JC, editor. *Vietnamese Perspectives on the War in Viet Nam*. New Haven7 Yale University Council on Southeast Asia Studies, 1997. At: <www.yale.edu/seas/bibliography/chapters/chap6.html>. Accessed 26 August 2006.
 22. Đa't DV, Binns CW, Lee AH, et al. Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Viet Nam. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16(6):447–52.
 23. Whittaker M. Rights and realities: Vietnamese women speak. Sydney7 Medical Women's International Association, 1997.
 24. Segall M, Tipping G, Lucas H, et al. Economic transition should come with a health warning: the case of Viet Nam. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56(7):497–505.
 25. Tabbutt-Henry J, Graff K. Client provider communication in post-abortion care. *International Family Planning Perspectives* 2003;29(3):126–29.
 26. Solo J, Billings DL, Aloo-Obunga C, et al. Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning* 1999;30(1):17–27.
 27. Rasch V, Massawe S, McHomvu Y, et al. A longitudinal study on different models of postabortion care in Tanzania. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2004;83(6): 570–75.



MY HUONG NGUYEN

The post-abortion recovery room, Phu-San Ho

Los derechos a la salud sexual y reproductiva de las personas VIH positivas: paternidad y maternidad

Aluisio Cotrim Segurado,^a Vera Paiva^b

^a Departamento de Enfermedades Infecciosas, Escuela de Medicina, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil. E-mail: segurado@usp.br

^b Instituto de Psicología, Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil.

Resumen: *En muchas regiones del mundo, la mayoría de las infecciones por VIH son transmitidas sexualmente o en asociación con el embarazo, el parto o la lactancia, por lo cual es esencial que las iniciativas de salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA se refuercen mutuamente. Muchas personas que viven con VIH y que gozan de buena salud van a querer hijos. Una terapia antirretroviral muy activa les brinda a las personas que viven con SIDA la posibilidad de concebir nuevos proyectos de vida, como la paternidad, una vez recobran su salud. Sin embargo, aún deben tomar decisiones difíciles respecto a la sexualidad, los deseos de paternidad y la vida en familia. Los aspectos estructurales, sociales y culturales, así como la falta de apoyo programático, obstruyen el goce del derecho a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y el apoyo para tener una familia. Este artículo trata sobre el continuo de atención implicada en la paternidad de las personas seropositivas, desde el embarazo hasta los cuidados de bebés y niños, y expone ejemplos basados en evidencia de políticas y programas que integran las intervenciones de salud sexual y reproductiva a la atención del VIH/SIDA a fin de apoyar la paternidad. El centrarse en la paternidad de las personas que viven con VIH y son afectadas por éste, es decir, centrarse en la pareja y no en la mujer como la unidad de cuidados, la persona o la pareja de adultos responsables de criar a los hijos, sería un avance programático innovador. El trascender la atención a la salud materno-infantil para proporcionar cuidados y apoyo a los padres y otros responsables de criar a los niños es especialmente pertinente para las personas que viven con infección por VIH.*

Palabras Clave: *VIH/SIDA, paternidad y maternidad, cuidado pre natal, cuidados durante el parto, cuidados después del parto, cuidado infantil, alimentación.*

EN muchas regiones del mundo, la mayoría de las infecciones por VIH se transmiten por vía sexual o en asociación con el embarazo, el parto y la lactancia, razón por la cual es esencial que las iniciativas de salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA se refuercen mutuamente. La mayoría de las mujeres y hombres que viven con VIH están en edad reproductiva y enfrentan difíciles decisiones respecto a su sexualidad, deseos de paternidad y vida en familia.

La infección del VIH afecta la manera en la que hombres y mujeres experimentan la paternidad. Tiene un impacto negativo sobre su capacidad para tener hijos, relacionado no sólo con aspectos psicosociales como el estigma, la discriminación y la disminución de la actividad sexual, sino también con el impacto clínico

de la infección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en la fertilidad.^{1,2} Recientemente, la disponibilidad de la terapia antirretroviral altamente activa (TARGA) y de intervenciones para prevenir la transmisión madre-hijo (PTMH), en un mayor número de países ha cambiado considerablemente la perspectiva de vida de las personas con VIH, creando la posibilidad de nuevos proyectos de vida, incluyendo la paternidad.³⁻⁶

Las condiciones estructurales, sociales y culturales, así como la existencia o ausencia de políticas y soporte programático, pueden afectar el acceso a la atención de salud y la formación de la familia. Estas barreras no se restringen a contextos de recursos limitados. Mujeres y hombres experimentan desafíos similares en los países

donde existe disponibilidad de antirretrovirales, que incluyen la falta de información para una gestación segura y la PTMH, actitudes negativas hacia la posibilidad de que las personas seropositivas tengan hijos, y problemas para acceder a abortos seguros y legales.^{7,8} A nivel mundial, los principales elementos que afectan las elecciones reproductivas de las mujeres y hombres que viven con VIH son las diferencias en la provisión de atención calificada, la infraestructura de servicios y recursos humanos, la disponibilidad de consejería y despistaje voluntario (CDV), el acceso a condones, anticonceptivos, medicación y TARGA.

La infección de VIH ha sido asociada con promiscuidad sexual, desorganización familiar y uso de drogas, dimensiones de la vida que son consideradas “desviaciones incurables”.⁷ Más aún, las definiciones históricas y culturales de la paternidad y reproducción como asuntos de mujeres pueden también influir en la organización de los servicios de prevención y atención. En muchas partes del mundo en desarrollo, con frecuencia los hombres prefieren familias más numerosas que las mujeres.⁹ De manera consistente con los estudios demográficos, en Brasil, el deseo de tener hijos entre personas viviendo con VIH es más frecuente en los hombres que en las mujeres, y ha sido también prevalente en los países desarrollados, tanto en hombres bisexuales como heterosexuales.^{3,5,7} Adicionalmente, los hombres tienen sus propias necesidades no satisfechas en salud sexual y reproductiva,^{10,11} así, es necesario abordar el tema del acceso e involucramiento de los hombres en la provisión de estos servicios, lo que puede ayudar a disminuir la desigualdad de género y facilitar la prevención del VIH.^{12,13} En India se ha documentado un mejor entendimiento de la gestación y una menor mortalidad perinatal en mujeres cuyos esposos recibieron educación prenatal,^{14,15} mientras que en Jamaica, Zimbawe y Vietnam se encontraron efectos de largo plazo en los padres que se involucraron en la vida de sus hijos, incluyendo mayor autoestima y mayor logro educativo.¹⁶

Por lo tanto, es importante analizar en qué medida los servicios de salud responden actualmente a las necesidades reproductivas de mujeres y hombres que viven con VIH, y cuáles son los desafíos y obstáculos a nivel programático y de provisión de servicios que podrían afectar la realización de sus derechos reproductivos. Este artículo aborda el continuum de atención que necesitan las personas que quieren ser padres, desde el inicio de la gestación, pasando por el parto y la atención del recién nacido y el niño. Ofrece ejemplos basados en evidencia acerca de políticas y programas que integran las intervenciones de salud sexual y reproductiva con la atención al VIH/SIDA. Los temas de estigma y

discriminación, participación masculina y atención por parte de trabajadores de salud calificados son ejes transversales a lo largo de todo el trabajo.

Atención en la gestación

Los vínculos entre el cuidado prenatal y la prevención y atención del VIH deberían partir de la propia perspectiva de las mujeres y el contexto local. La mayoría de las mujeres que buscan atención prenatal a nivel mundial no son conscientes de su condición de seropositivas. Adicionalmente, las mujeres gestantes en diferentes contextos socioculturales experimentan intensas inequidades en el acceso a los servicios de atención de salud y a la información respecto a los beneficios del cuidado prenatal para ellas y sus bebés. El analfabetismo o la escasa instrucción, la juventud, la posición en la familia y la dependencia económica, la limitada movilidad debido a la pobreza, las restricciones religiosas o culturales o el pertenecer a un grupo poblacional marginado, representan importantes barreras para el acceso a la atención prenatal.^{17,18}

Dicha atención es la puerta de entrada al sistema de salud para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva. Este tipo de atención prenatal puede estar disponible de diversas maneras: atención comunitaria y domiciliaria, unidades de atención primaria de salud, servicios de ONG, centros religiosos, clínicas privadas, clínicas u hospitales públicos de maternidad. Dependiendo de las características particulares de cada servicio, así como de las actitudes de los profesionales de salud hacia el VIH y SIDA, es posible que no se brinden servicios de prevención, tratamiento y atención a mujeres seropositivas, y se pierdan oportunidades de consejería y manejo, incluyendo la ventana de oportunidad que supone involucrar a la pareja masculina durante la gestación.

Los proveedores de atención prenatal deberían alentar y apoyar a las mujeres embarazadas en el acceso a la prueba de VIH y a la consejería en una atmósfera de empatía*. Las mujeres embarazadas deben ser consideradas mujeres por derecho propio, no sólo futuras madres, y la prueba de VIH no debe ser considerada únicamente para prevenir la transmisión madre-hijo. El despistaje es una oportunidad para realizar un diagnóstico temprano de la infección del VIH y acceder a su manejo, que incluya el tratamiento antirretroviral y la prevención de infec-

* En algunas partes de Europa, Latinoamérica y África no existe acceso a la prueba de VIH. En algunos países, los centros de despistaje voluntario y consejería están disponibles en la mayoría de áreas urbanas más grandes, pero no en las zonas rurales.

ciones oportunistas, para asegurar un mejor pronóstico a largo plazo y una calidad de vida para las mujeres, sus hijos y familias. Los proveedores de atención prenatal deberían informar a las mujeres sobre los beneficios del despistaje de VIH y alentarlas a realizarlo, asegurando el soporte contra el estigma y la discriminación a lo largo de todo el proceso diagnóstico.

Muy probablemente las mujeres aceptarán el despistaje si éste se ofrece,¹⁹ especialmente si el tratamiento está disponible. Por ejemplo, se ha demostrado que la aceptación del despistaje de VIH en la atención prenatal está asociada al conocimiento sobre los medicamentos antirretrovirales para la PTMH en los Estados Unidos.²⁰ La expansión del tratamiento antirretroviral para mujeres gestantes a nivel mundial podría así contribuir a una mayor aceptación de la prueba. Muchas mujeres piensan que la prueba de VIH es innecesaria en su caso debido a que asumen que sus esposos son fieles o que no pertenecen a “grupos de riesgo”.²¹ Ofrecer el despistaje de manera universal aumenta la probabilidad de que una mujer gestante sea analizada. Se ha utilizado diferentes estrategias para ampliar la oferta de despistaje del VIH durante la gestación. En el enfoque “opcional” (opt-in), se utiliza estrategias tradicionales de consejería y despistaje voluntarios, las mujeres reciben consejería pre-test y se obtiene el consentimiento informado antes de obtener la muestra de sangre.²² Este enfoque asume que el despistaje es una parte intrínseca del cuidado prenatal, y se da a las mujeres la oportunidad de negarse. Sin embargo, es importante señalar que con el enfoque “opcional” muchas mujeres no conocerán su estatus seropositivo antes del parto, perdiendo la oportunidad de que toda la familia acceda a la atención. Alternativamente, en el enfoque “no opcional” (opt-out), se realiza el despistaje del VIH rutinariamente, junto con el despistaje para sífilis y hepatitis B. Se informa a la mujer que se realizará la prueba, pero el consentimiento resulta implícito a menos que ésta se niegue explícitamente. Aunque este enfoque se asocia generalmente con mayor cobertura,²³ existe aún preocupación de que se convierta en una imposición del despistaje de VIH, en la medida en que muchos pacientes son renuentes a cuestionar los procedimientos de atención en salud.²¹

Es también crucial considerar las implicancias psicosociales del despistaje durante la gestación. El conocimiento del diagnóstico de VIH en este periodo, en ausencia de tratamiento y soporte, puede acarrear consecuencias psicosociales devastadoras de estigma y discriminación, comunes incluso dentro del sector de salud en algunos países. Sorprendentemente, en todas las regiones se pueden encontrar actitudes humillantes y de estigmatización, negativas a brindar tratamiento,

rupturas de la confidencialidad, especialmente en la atención no especializada y en clínicas de ginecología y obstetricia. El personal se niega a traer comida a las mujeres, a limpiar su cuarto, y hasta les impiden dar a luz en el hospital porque éste “no estaba listo para atender casos tan complicados”.²¹

Los proveedores de atención prenatal deberían ser capacitados para ofrecer consejería sobre VIH y otras ITS. Aunque la forma de presentación y la respuesta al tratamiento de algunas ITS puede alterarse en mujeres con VIH, los protocolos de tratamiento estandarizado son generalmente efectivos a menos que haya una severa inmunosupresión.^{24,25} La capacitación de proveedores debería también abordar las múltiples privaciones y vulnerabilidades. Una organización de enfermería con base comunitaria en Detroit, EE.UU., por ejemplo, inició un modelo exitoso de prestación de servicios orientado a lograr que mujeres VIH positivas altamente vulnerables, con historia de abuso de sustancias y enfermedad mental, y poco o ningún acceso a la atención de salud, ingresaran a clínicas especializadas.²⁶

Adicionalmente, el promover la participación masculina y centrar los enfoques de atención en la pareja y no exclusivamente en la mujer puede mejorar la experiencia de gestación. En KwaZulu–Natal se demostró que el involucramiento de los hombres en la atención de salud reproductiva de sus parejas era aceptable y viable. Las mujeres reportaron que sus parejas eran más colaboradoras, estaban más interesadas, y aprendieron qué hacer y qué no; los hombres reportaron más confianza, destacaron el hecho de haber estado juntos y aprendido cosas útiles; los proveedores de salud pensaban que el involucrar a los hombres podía lograr que las familias se acercaran más, contribuir a que los padres se acercaran a sus hijos y reducir la violencia basada en género. Sin embargo, se reconoció que existían varios desafíos a nivel de la prestación de servicios, los mismos que debían ser abordados para lograr que los servicios de maternidad fueran más amigables para los varones. Estos incluían las creencias tradicionales, obstáculos para la asistencia de los padres que trabajan, un número significativo de parejas que no vivían juntas y hombres con muchas parejas que no querían ser vistos.²⁷

Tampoco las parejas ofrecen siempre su apoyo. Algunas mujeres temen que sus parejas descubran que son VIH positivas y las abandonen o traten con violencia.^{19,28} Un enfoque alternativo es brindar consejería a la pareja cuando las mujeres desean incluirla, y en algunos contextos se ha incorporado el despistaje luego de obtener el consentimiento conjunto, en un intento por reducir la vulnerabilidad de las mujeres. Este enfoque puede también mejorar la participación masculina.²⁹

Sin embargo, la consejería a la pareja puede no ser suficiente para lograr erradicar la violencia en estos casos. Un estudio reciente en Zambia mostró que si bien las mujeres que recibieron consejería con sus parejas en los servicios prenatales tenían mayor probabilidad de aceptar el despistaje de VIH, comparadas con las mujeres que recibieron consejería solas, no se constató ninguna diferencia significativa entre ambos grupos con respecto a eventos sociales adversos reportados, incluyendo la violencia física, el abuso verbal, el divorcio o la separación después de revelar el estatus de seropositividad.³⁰

Muchas mujeres experimentan violencia durante el embarazo, con consecuencias perjudiciales tanto para ellas como para sus bebés, tales como aborto espontáneo, parto antes de término y bajo peso al nacer. Los trabajadores de salud deben ser conscientes de este hecho y buscar asegurar que las mujeres reciban la consejería, atención y referencia que requieran para mitigar el riesgo de violencia por parte de su pareja íntima.^{31,32} Entre las mujeres seropositivas en los EE.UU., la prevalencia general de violencia doméstica o sexual puede llegar a niveles tan altos como el 68%, con un incremento del riesgo luego de revelar el estatus de seropositividad.^{33–35}

Integrar las perspectivas de las mujeres sobre cuándo y cómo conocer su estatus VIH positivo es, por tanto, crucial para el despistaje prenatal del VIH. El Recuadro 1 presenta un esquema de aproximación integral a la consejería para mujeres gestantes y sus parejas. La evidencia recogida por estudios cualitativos resalta la importancia de que la mujer esté consciente de su estatus de VIH, así como la necesidad de mantener la naturaleza voluntaria del despistaje.³⁶ El estatus de seropositividad de las mujeres debe mantenerse confidencial y sus historias médicas estar disponibles sólo para los trabajadores de salud con un rol directo en su cuidado o en el de sus hijos.

El impacto de la gestación sobre el VIH

Aunque se considera que la gestación constituye un estado fisiológico e inmunológico inmensamente complejo, no parece acelerar la progresión de la enfermedad del VIH. Existe evidencia de que la gestación está asociada con una disminución en el promedio de recuento celular de CD4+ y una alteración en el recuento celular de CD8+ en mujeres seropositivas, pero las implicancias clínicas de estos cambios no resultan claras. Tampoco parece haber una asociación entre la gestación y la carga viral plasmática de VIH.²²

Recuadro 1. Temas a incluir en la consejería a mujeres embarazadas VIH positivas y sus parejas

- Efectos del avance de la enfermedad del VIH en la salud de las mujeres y la efectividad, disponibilidad y efectos adversos del tratamiento antirretroviral.
- Cuestiones vinculadas a la revelación del estatus de VIH a parejas sexuales y su acceso a la prueba del VIH.
- Información sobre protocolos de prevención y su importancia para reducir significativamente el riesgo de transmisión de VIH madre-hijo.
- Potencial de transmisión del VIH a la pareja sexual incluso durante el tratamiento antirretroviral, a pesar de la marcada disminución de la carga de VIH en las secreciones vaginales.
- Promoción del uso del condón durante la gestación para evitar la adquisición de una ITS y la transmisión del VIH/ITS a parejas sexuales no infectadas.
- Información sobre la interacción entre el VIH y la gestación, incluyendo un posible aumento de ciertos resultados adversos en la gestación, particularmente en los países en desarrollo, o entre mujeres usuarias de drogas, o aquellas con severa inmunosupresión.
- Protección dual como estrategia postparto para evitar simultáneamente una gestación no deseada y la exposición a ITS, con el uso de métodos disponibles, incluyendo el condón masculino y femenino.
- Información acerca de la lactancia versus alimentación infantil alternativa y soporte para asumir otras opciones alternativas a la lactancia, incluyendo los casos de estigma y discriminación de las parejas, familia y miembros de la comunidad.
- Para las mujeres seronegativas cuyas parejas son seropositivas, consejería sobre prevención de VIH/ITS, incluyendo el uso correcto y consistente del condón y soporte para identificar y superar impedimentos para el sexo seguro. Debe garantizarse el acceso regular a los condones (femenino y masculino) como parte de la atención a la salud sexual.

Impacto de la infección materna por VIH sobre la gestación y el resultado perinatal

Incluso si la mayoría de los embarazos en mujeres VIH positivas, especialmente si son asintomáticas, no presentan complicaciones, un meta-análisis de estudios de cohorte que comparan a mujeres gestantes seropositivas con sus contrapartes seronegativas mostró que la infección materna se asociaba a diversos resultados perinatales adversos, que incluía pérdidas, nacidos muertos, mortalidad perinatal, mortalidad infantil, retardo en el crecimiento intrauterino y partos prematuros con bajo

peso. La asociación entre infección materna por VIH y mortalidad era mayor en países en desarrollo y en estudios de mayor calidad metodológica.³⁷ Más aún, la inmunosupresión severa se asociaba con neonatos de bajo peso, así como con una tendencia hacia un mayor riesgo de partos prematuros.³⁸

Prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo

Se considera que la mayor transmisión vertical de VIH ocurre durante las semanas previas al parto (un tercio de los casos) o en el día del parto (dos tercios de los casos), sin contar la transmisión vía lactancia materna.³⁹ Se cree que la transmisión en etapas más tempranas de la gestación ocurre sólo raras veces. La transmisión de VIH mediante la leche materna puede ocurrir en cualquier momento del periodo de lactancia, con un aumento en la probabilidad acumulada mientras mayor sea su duración.⁴⁰

En ausencia de una intervención profiláctica, las tasas de transmisión vertical oscilan alrededor de 20% para el VIH-1 y 4% para el VIH-2. Se han identificado diversos factores, tanto maternos como fetales, así como condiciones obstétricas que incrementan el riesgo. De manera más significativa, los factores maternos incluyen un bajo recuento de células CD4+ en sangre periférica y

una alta carga viral plasmática (aunque no se ha asociado umbrales más bajos con la ausencia de riesgo). Adicionalmente, las condiciones obstétricas, tales como infecciones genitales concurrentes, parto prematuro y ruptura prematura de membranas;²² así como el sexo sin protección y una historia de inyecciones combinadas de cocaína y heroína durante la gestación, han sido también asociadas con un incremento en el riesgo de transmisión.^{41,42} Un peso al nacer menor de 2,500g y la concordancia materno neonatal HLA clase I fueron reportados como factores predictores de la transmisión perinatal de VIH.²² Sin ninguna intervención, la tasa de transmisión de VIH de una madre infectada a su hijo en África es muy alta. Las tasas de transmisión intrauterina se estiman en 5-10%, las tasas de transmisión intraparto en 10-20% y a través de la lactancia en un 10-20% adicional. Éstas pueden variar según la carga viral materna.

En países industrializados (donde el TARGA, la operación cesárea electiva y la sustitución alimentaria son recomendadas y están ampliamente disponibles) son comunes las tasas de transmisión vertical menores al 3%. En muchos países de bajos ingresos, el TARGA es raramente usado debido a su alto costo; asimismo,



ANNIE BUNGEROTH / PANOS PICTURES

HIV positive mother on hearing of her daughter's HIV negative diagnosis, Peru

actualmente la transmisión de madre a hijo del VIH se produce de manera casi exclusiva en estos países debido a la falta de disponibilidad de tratamiento y a la pérdida de oportunidades para el despistaje de VIH.²⁸

Un programa exitoso de prevención de la transmisión madre-hijo involucra la asistencia a una clínica prenatal, el despistaje y consejería de VIH, la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, una visita de retorno para conocer los resultados del despistaje, la aceptación del tratamiento antirretroviral además de su correcta administración a la mujer y su niño, y la aceptación y soporte para alimentar al bebé con fórmula si ésta es segura y está disponible.²² Las mujeres pueden abandonar el programa en cualquiera de estas etapas, obstaculizando su efectividad general. Un análisis de estudios en Tailandia y África, por ejemplo, mostró que la tasa promedio de retorno para conocer los resultados del despistaje, sin importar el estatus de VIH, presentaba un amplio rango, de 33-100% , con una mediana de 83%.¹⁹

Las medidas recomendadas para prevenir la transmisión madre-hijo incluyen la supresión de la capacidad de replicación del VIH y la consecuente carga viral plasmática indetectable durante la gestación, así como la supresión de la secreción genital de VIH durante la misma.³⁹ Estos dos objetivos son abordados con la terapia antirretroviral materna e intraparto. Más aún, las medidas de PTMH incluyen la operación cesárea electiva antes que empiece el parto y el reemplazo de la lactancia materna por estrategias de alimentación alternativas cuando sea seguro.^{43,44} La evidencia del ensayo clínico ACTG 076 revolucionó el manejo de mujeres VIH positivas demostrando una disminución en la transmisión vertical entre mujeres que no daban de lactar, de 25.5% (grupo placebo) a 8.3% (grupo tratado con zidovudina prenatal/neonatal). Después de este famoso estudio, otros ensayos mostraron la efectividad de los regímenes abreviados de diversas combinaciones de zidovudina, lamivudina y nevirapina en las semanas previas al parto y/o el parto y el puerperio. Adicionalmente, una revisión sistemática mostró que la monoterapia materna con zidovudina reduce no sólo el riesgo de la transmisión del VIH al niño, sino también reduce significativamente las tasas de mortalidad infantil y materna.⁴⁵

Recientes directrices de la OMS para el uso de antirretrovirales durante la gestación toman en cuenta la existencia de indicaciones para la terapia antirretroviral en el caso de la madre, o si la PTMH es la única razón para considerar la terapia.⁴⁶ En el primer caso, se recomienda agregar una sola dosis de nevirapina (NVP-Sd) al inicio del parto, a la zidovudina (AZT) intraparto y postparto, más una combinación de lamivudina, así como dar a

los bebés NVP-Sd dentro de las 72 horas después del parto. Aunque se ha expresado preocupación respecto al uso de NVP-Sd en el niño debido a un incremento en el riesgo de resistencia viral, este efecto adverso puede ser evitado combinando inhibidores reversos de transcriptasa del nucleoside al régimen antirretroviral prescrito,⁴⁷ o retrasando la introducción de la terapia antirretroviral materna basada en nevirapina hasta seis meses después del parto.⁴⁸ Es importante señalar, sin embargo, que la monoterapia de nevirapina para la PTMH es la opción más asequible o única disponible en contextos de bajos recursos. En estas circunstancias, puede usarse este enfoque profiláctico en ausencia de una adecuada infraestructura que permita ofrecer antirretrovirales combinados.⁴⁹

Aunque ningún ensayo clínico ha comparado las tasas de TMH si la mujer está bajo tratamiento antirretroviral durante la gestación, exclusivamente con zidovudina o con otros dos medicamentos antirretrovirales, existe evidencia de transmisión sorprendentemente baja en las mujeres en TARGA.²² Esto sugiere que ampliar el acceso de mujeres y hombres viviendo con VIH al tratamiento antirretroviral a nivel mundial, en los casos en que su condición lo permite, puede ser por sí mismo efectivo para reducir la transmisión perinatal, y proporcionar un enfoque terapéutico para la madre misma y, en efecto, se recomienda enérgicamente a pesar de los muchos desafíos que presenta su implementación.⁵⁰

Un importante retroceso respecto a la efectividad de la PTMH se relaciona con la falta de adherencia de las pacientes a las intervenciones en general, y a la prescripción de la terapia antirretroviral en particular, aunque se ha demostrado que la adherencia a la terapia entre mujeres gestantes es mayor que entre mujeres no gestantes.⁵¹ La investigación cualitativa ha señalado diversas barreras para el uso o intención de uso de los antirretrovirales por parte de las mujeres VIH positivas durante la gestación, tales como el temor a los efectos tóxicos sobre el bebé o sobre sí mismas, el temor a desarrollar resistencia a las drogas, la creencia de que el tratamiento profiláctico es innecesario entre “mujeres sanas” y el nacimiento previo de un niño sano sin tratamiento. En contraste, se identificó como factores que facilitan la adherencia, la creencia de las mujeres de que tienen esa responsabilidad hacia el bebé, una relación positiva con el médico, el conocer a otras mujeres que han usado exitosamente la terapia antirretroviral durante la gestación, y haberla usado previamente durante este periodo.⁵²

Otras limitaciones para la ampliación del uso de terapia antirretroviral con fines de PTMH pueden incluir la falta de disponibilidad de medicamentos dentro del

sistema de salud e, independientemente de ello, insuficiente cobertura debido a que muchas mujeres tienen partos domiciliarios o no se les ofrece un despistaje del VIH o tratamiento intraparto.⁵³

Otro aspecto que debe ser abordado es el establecimiento de prioridades de atención de salud en un contexto de pobreza, como son los casos de bajo nivel de educación, violencia, carencia general de recursos, infraestructura inadecuada y alta prevalencia de enfermedades endémicas que ponen en riesgo la vida. En un estudio realizado en Uganda con personas viviendo con VIH, población general, planificadores de salud, trabajadores de salud y personas con hipertensión, el uso de nevirapina para la PTMH se ubicó como prioridad de atención de salud número cinco, comparada con el tratamiento para otras ocho condiciones, incluyendo el tratamiento para enfermedades infantiles (diarrea, neumonía y malaria) y el TARGA para personas viviendo con VIH. Entre éstas últimas, el TARGA se ubicó en el número uno.⁵⁴

Atención del parto

Las mujeres con VIH no deberían ser separadas de otras mujeres que dan a luz. Un objetivo central de las recomendaciones de salud pública para países en desarrollo es aliviar la morbilidad y mortalidad materno perinatal global, incluyendo el despistaje de VIH, la PTMH y alternativas a la lactancia materna cuando estén disponibles.⁵⁵ Sin embargo, para que estas intervenciones sean efectivas, es urgente realizar mejoras en la atención primaria de salud, los servicios de atención de salud materno infantil y la atención calificada del parto, que incluyan cuidados obstétricos de emergencia, con un involucramiento activo de los gobiernos y agencias de cooperación.⁵⁶

La falta de atención prenatal, la no disponibilidad o cobertura insuficiente del despistaje del VIH durante la gestación, o el rechazo de las mujeres a someterse a la prueba, dan como resultado un número significativo de mujeres gestantes que llegan al parto sin conocer su estatus de VIH. El parto mismo ofrece otra oportunidad de diagnosticar la infección por VIH, especialmente con el advenimiento de pruebas rápidas de VIH, y puede por tanto proporcionar el necesario acceso al tratamiento de PTMH, incluso si se trata del momento menos oportuno para la mujer por obvias razones psicológicas.

Sin embargo, negar la prueba rápida y el acceso al tratamiento a una mujer puede ser peor que el hecho de saber que es VIH positiva justo antes del parto. Recientemente, se ha prestado atención a la prueba rápida de VIH debido a que es más fácil de realizar y puede

entrenarse al personal de salud que no trabaja en el laboratorio para llevarla a cabo, haciendo más factible la realización de la prueba de VIH a mayor escala en contextos de limitados recursos.^{22,57} Los resultados de las pruebas rápidas pueden estar listos en menos de 30 minutos, lo que permite una intervención profiláctica en mujeres gestantes que dan positivo durante la atención del parto. La sensibilidad y especificidad de la prueba son muy altas.⁵⁸ Sin embargo, estos resultados pueden arrojar falso positivo, particularmente en áreas donde la seroprevalencia total de VIH en mujeres es muy baja. Por tanto, es necesario brindar atención especial a la provisión de una adecuada consejería pre-test, obteniendo el consentimiento informado y asegurando la confiabilidad de los resultados. Debe informarse a las mujeres que se requiere una evidencia serológica confirmatoria de la infección de VIH y que debe ser realizada como parte de la atención postparto.⁵⁹

Se ha reportado una aceptación relativamente buena de la prueba rápida de VIH durante la gestación o el parto. En Nairobi, se ofreció a las mujeres que asistían a establecimientos de salud públicos tanto una prueba rápida como una prueba convencional de VIH. El uso de la prueba no presentó diferencias entre los dos grupos, pero una mayor proporción de mujeres que eligieron la prueba rápida recibió sus resultados. De manera similar, en Tailandia, el 79% de las mujeres prefirió el método de prueba rápida. Un desafío adicional para los proveedores de salud es traducir el uso de la prueba rápida en un mayor uso de tratamiento.^{60,61}

La anestesia epidural no está contraindicada en la atención del parto de mujeres viviendo con VIH. En contraste, debe evitarse la ruptura innecesaria de membranas y el uso de electrodos en el cuero cabelludo del feto.⁶²

La operación cesárea es un procedimiento obstétrico seguro y una opción viable en muchas regiones del mundo. Tendría que ser electiva en mujeres seropositivas que presentan carga viral plasmática desconocida o cargas virales $\geq 1,000$ copias/mL, preferiblemente durante la semana 38 o 39 de la gestación, antes del inicio del trabajo de parto y la ruptura de membranas, en condiciones hospitalarias apropiadas, para minimizar los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.⁵⁹

Un meta-análisis del rol del parto por cesárea electiva para las mujeres que viven con VIH demostró que este procedimiento reduce significativamente el riesgo de la transmisión madre-hijo. La asociación fue particularmente fuerte en los casos de mujeres que no recibían terapia antirretroviral o para aquellas que sólo recibieron zidovudina durante la gestación.⁶³ Sin embargo, la morbilidad postparto, incluidas la morbilidad menor (morbilidad febril, infección del tracto urinario) y may-

or (endometritis, tromboembolia) fue más significativa luego de una cesárea electiva que en el caso de parto vaginal. Los factores de riesgo para la morbilidad postparto después de una cesárea entre mujeres seropositivas incluyen una enfermedad de VIH más avanzada y condiciones tales como la diabetes.

Existe una preocupación justificada respecto a la recomendación de un parto por cesárea en mujeres seropositivas a nivel mundial, debido a la morbilidad asociada, que incluye los partos subsiguientes, al margen del tipo de parto.^{22,62} Más aún, en términos de PTMH el parto por cesárea puede ser innecesario para las mujeres en TARGA que experimentan una supresión de replicación viral (<1,000 copias de VIH-RNA/mL) o, en algunos casos, cargas virales indetectables.⁵⁹ Recientes evidencias muestran que en esta población el parto por cesárea puede estar asociado a un incremento en la morbilidad materna.²²

En mujeres que tienen un parto vaginal, incluso si no son frecuentes mayores complicaciones, la infección del VIH ha sido asociada con un incremento en el riesgo de fiebre puerperal, particularmente cuando se realiza una episiotomía medio-lateral.⁶⁴ El beneficio de la episiotomía de rutina para las mujeres en general es altamente controversial. La evidencia proporcionada por una reciente revisión sistemática no encontró los beneficios para la madre que tradicionalmente se atribuyen a la episiotomía de rutina, tales como la prevención de incontinencia fecal o urinaria, o relajamiento del suelo pélvico. De hecho, los resultados con la episiotomía podrían ser peores, debido a que una proporción de mujeres podría sufrir menor daño sin una incisión quirúrgica.⁶⁵ Entre mujeres kenianas que viven con VIH, se encontró que el desgarro perineal o por episiotomía y la carga viral de VIH estaban asociados de manera independiente con un incremento en la transmisión perinatal de VIH.⁶⁶

Hasta el momento, no existe evidencia conclusiva sobre si las mujeres viviendo con VIH están en mayor riesgo de complicaciones obstétricas, comparadas con sus contrapartes seronegativas. Aunque en el mundo desarrollado se reportó inicialmente que la infección por VIH no constituía un factor de riesgo para las complicaciones en el parto o el postparto, incluidos la sepsis puerperal, los desórdenes hemorrágicos o efectos secundarios de la anestesia,⁶⁷ en un estudio más amplio realizado en Europa se encontró un riesgo de complicaciones cinco veces mayor.⁶⁴ En contextos de limitados recursos, existe evidencia de que las muertes maternas relacionadas con el VIH-SIDA están aumentando considerablemente y que el SIDA se ha convertido en la principal causa obstétrica directa de mortalidad materna en algunas áreas de alta prevalencia de VIH.⁶⁸

Es importante considerar en qué medida las mujeres VIH positivas están participando activamente en las decisiones vinculadas al parto. Un estudio brasileño encontró que así se tratara de un parto vaginal o por cesárea, la preferencia de las mujeres era puesta en un segundo lugar respecto a la política del hospital. Las mujeres reportaron haber sido informadas de que el parto por cesárea era la única opción en caso de VIH; muchas describieron su experiencia de parto y el periodo postparto como más difícil que en partos previos y peor de lo que esperaban.⁶⁹

Para las mujeres que viven con VIH, el soporte emocional durante la gestación es sin duda importante. De ser posible, debería permitirse a las mujeres estar acompañadas por alguien de su elección durante la atención del parto. La participación de la pareja puede proporcionar soporte psicosocial a la gestante durante el trabajo de parto y el parto mismo, y contribuir al establecimiento de un vínculo temprano entre padre e hijo, promoviendo su participación en la crianza del niño.^{70,71} Sin embargo, la participación se ve obstaculizada por barreras estructurales y culturales que incluyen la manera como se percibe el parto y la paternidad, y si los proveedores de salud valoran el involucramiento masculino en el parto y el cuidado infantil.⁷¹

La incorporación rutinaria de previsiones universales en la prestación de servicios es crucial para mitigar el riesgo ocupacional y reducir el temor a la infección de parte de los trabajadores de salud. En un reciente estudio de Nigeria con cirujanos, obstetras y ginecólogos, 40% reportó daños por pinchazos y 26% por salpicaduras de sangre durante la cirugía. Todos los respondientes usaron un mandil de protección, pero sólo el 65% y 30%, respectivamente, reportó el uso de guantes dobles y anteojos protectores. Es preocupante que el 83% de los cirujanos mostrara reservas respecto a la atención de pacientes infectados por el VIH, mientras que 13% los veía con temor, aunque el 80% consideraba que no debía discriminarse a los pacientes VIH positivos, siempre que los materiales de protección necesarios estuvieran disponibles.⁷²

Atención postparto

Más de la mitad de todas las muertes maternas ocurre dentro de las primeras 24 horas después del parto, y un adicional 15% durante la primera semana postparto. Todas las mujeres, incluyendo las que dan a luz fuera de los establecimientos de salud, requieren atención durante el periodo postparto. Sin embargo, los proveedores de salud suelen recomendar una primera visita de control seis semanas después del parto, particularmente

Recuadro 2. Recomendaciones para la atención postparto de las mujeres viviendo con VIH

Tres consultas: una dentro de las primeras 48 horas, la segunda dentro de las dos primeras semanas y la tercera seis semanas después del parto. Dos de estas consultas deben estar vinculadas a las fechas de inmunización del recién nacido.

• Primera consulta

Monitorear los signos vitales y cualquier sangrado anormal, palidez, examen físico, consejería sobre alimentación del bebé, cuidado del niño, auto cuidado y planificación familiar postparto. Proporcionar atención continua y soporte a la madre y al recién nacido, proporcionando antirretrovirales y fórmula en caso de estar indicado.

• Segunda consulta

Registrar signos vitales, examen físico y proporcionar consejería y soporte para la alimentación del bebé. Debería elegirse y prescribirse un método de planificación familiar. Debería proporcionarse consejería sobre la adherencia a la medicación si las mujeres están bajo tratamiento antirretroviral, profilaxis o tratamiento para infecciones oportunistas.

• Tercera consulta

Repetir las intervenciones de la primera y segunda visitas con énfasis en la evaluación del tamaño uterino y tratamiento de las condiciones existentes. Realizar un examen cervical, y consejería y soporte para la alimentación del bebé. Verificar la adherencia a la medicación y a métodos de planificación familiar.

en contextos de limitados recursos. En Kenia, donde la mayoría de las mujeres dan a luz fuera de los establecimientos, el 81% no recibió atención postparto.⁷³ La falta de conocimiento, la pobreza, y las creencias y prácticas culturales que no toman en cuenta la necesidad de atención postparto parecen perpetuar el problema. En contraste, es más probable que una mujer de la misma región que es atendida por una partera calificada en el parto, busque atención postparto temprana.⁷⁴ La inmunosupresión relacionada con el VIH puede exacerbar estos riesgos.

Este periodo temprano es también crítico para mejorar la sobrevivencia infantil, dado que la mayoría de las enfermedades que ponen en riesgo la vida del re-

cién nacido ocurren en la primera semana de vida. El Recuadro 2 resume las recomendaciones acerca de los servicios básicos que la madre y su bebé deben recibir de un proveedor calificado después del parto.⁷³

Las mujeres que viven con VIH requieren atención especial para reducir la obstrucción mamaria, mitigar el dolor y evitar la mastitis. Si la madre elige la alimentación de reemplazo, se recomienda la compresión mecánica de los pechos con una venda inmediatamente después del parto, manteniéndola por diez días. Será suficiente para la supresión de la lactancia evitar la manipulación y estimulación de los pechos.⁷⁵ De estar disponible, la intervención farmacológica suplementaria está indicada en caso de que la compresión no pueda mantenerse por periodos más largos. Las mujeres que eligen dar de lactar deben recibir consejería para evitar la lactancia en caso de mastitis, debido a que la inflamación se asocia con un aumento en el riesgo de transmisión de VIH. La atención postparto para mujeres que viven con VIH debería incluir la prevención de la mastitis y el tratamiento rápido de las infecciones mamarias en este periodo.

La madre requiere un seguimiento clínico y ginecológico. Debe proveerse consejería sobre planificación familiar y enfatizar la importancia de la protección dual, involucrando a la pareja cuando sea pertinente. Las parejas pueden crear barreras significativas para la adopción de la protección dual. Puede también requerirse soporte para la utilización de alimentación alternativa con el fin de lograr su aceptación por parte de los miembros de la familia y la comunidad.

Dado que la esterilización es un método definitivo, se debe tener especial cuidado para asegurar que cada mujer (y hombre) tome una decisión voluntaria informada y que no se decida en un momento de crisis y depresión. Se ha reportado que las mujeres que viven con VIH son forzadas o presionadas para aceptar la esterilización, particularmente cuando esta última está difundida.⁷⁶ Cualquier persona que considere la esterilización, al margen de su estatus de VIH, debe entender que es permanente y que por tanto debe ser informada de métodos anticonceptivos alternativos. Es también importante señalar que la esterilización no ofrece protección frente a la adquisición y transmisión de una ITS o el VIH. De esta manera, se sigue recomendando el uso del condón incluso si la necesidad de anticoncepción ha sido atendida.⁷⁷⁻⁷⁹ En la decisión es necesario considerar las leyes y normas nacionales sobre la esterilización. El procedimiento puede retrasarse por una enfermedad vinculada al SIDA.

La atención postparto debe integrar el cuidado obstétrico con los especialistas en VIH para asegurar la con-

tinuidad del tratamiento antirretroviral para la mujer en caso indicado. Es fundamental prestar especial atención a la consejería sobre estrés y las demandas derivadas del cuidado de un nuevo bebé, controlar los signos de depresión y promover la adherencia a la terapia.⁸⁰

La alimentación del bebé

A pesar de los recientes avances en la reducción de la transmisión del VIH al bebé durante la gestación gracias al uso de antirretrovirales, existe aún una necesidad crítica de lograr una alimentación más segura para el bebé. El apropiado soporte social para la alimentación con taza, y otras opciones alimenticias que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH a tiempo y aseguren una adecuada nutrición debe ser considerado una prioridad por los proveedores de salud infantil a nivel comunitario. Las recomendaciones actuales ponen énfasis en la necesidad de evitar la lactancia sólo si la alimentación de reemplazo cumple con las siguientes condiciones: ser asequible, viable, aceptable, sostenible y segura. De lo contrario, se recomienda la lactancia exclusiva seguida de un destete temprano.⁸¹

En contextos de escasos recursos donde estas condiciones pueden estar ausentes, particularmente en África, muchas mujeres VIH positivas eligen dar de lactar,^{82,83} sienten que en realidad tienen pocas opciones debido a la falta de agua limpia, leche en polvo asequible o ambas. En estas regiones, la falta de acceso a atención primaria de calidad es también un problema que dificulta el manejo adecuado de la frecuente, y a menudo grave, morbilidad relacionada con la alimentación de reemplazo. Por esta razón, es importante tomar en cuenta los datos epidemiológicos locales sobre riesgos en la salud de la madre y el bebé para la toma de decisiones.⁸⁴ Resulta apropiado como enfoque adaptar las recomendaciones de política a partir de algoritmos que identifiquen las opciones de alimentación más saludables para el entorno local. Se han utilizado modelos matemáticos que incluyen las tasas de mortalidad infantil, para estimar el impacto de las diferentes opciones de alimentación sobre la supervivencia libre del VIH. Los resultados sugieren que en lugares con una mortalidad infantil menor a 25 por 1,000 nacidos vivos, se debe de utilizar una alimentación de reemplazo desde el nacimiento que dé como resultado una mayor supervivencia libre del VIH a los 24 meses, dependiendo del soporte recibido; en contraste, la lactancia exclusiva hasta los seis meses de edad seguida de un destete temprano produce el mejor resultado, allí donde la mortalidad infantil excede a 25 por 1 000 nacidos vivos. La alimentación de reemplazo da como resultado menor supervivencia libre del VIH,

en comparación con la lactancia no exclusiva en áreas con la mayor muerte infantil (101 por 1 000 nacidos vivos).⁸⁵

El tipo de lactancia juega probablemente un rol importante en la transmisión postnatal del VIH. Algunos estudios en el pasado han sugerido que la lactancia exclusiva, esto es, la leche materna sin ningún otro alimento o fluido, pudo estar asociada a menores tasas de transmisión de VIH que las encontradas en niños con alimentación mixta (aquellos que recibieron leche materna y otros fluidos).^{86,87} Se cree que la alimentación mixta incrementa la permeabilidad y provoca la inflamación de la mucosa, facilitando la adquisición del VIH. Más recientemente, sin embargo, resultados contradictorios han puesto en cuestión incluso la relativa seguridad de la lactancia exclusiva. En Zimbawe, la alimentación mixta temprana se asoció a un riesgo de VIH cuatro veces mayor al ser comparada con la lactancia exclusiva.⁸⁸ En contraste, en Uganda la lactancia exclusiva y la lactancia mixta dieron como resultado riesgos similares de transmisión de VIH, y ambas arrojaron tasas de transmisión más altas comparadas con la alimentación con fórmula.⁸⁹

Las decisiones vinculadas a la alimentación infantil no sólo son difíciles de tomar, sino también de mantener a nivel comunitario.⁹⁰ 25% de las mujeres ugandesas que habían elegido la lactancia exclusiva en realidad daban otros alimentos a sus hijos, y 11% de quienes habían elegido alimentación de reemplazo reportaron haber dado de lactar a sus hijos al menos una vez, probablemente debido a la presión social.⁸⁹

Adicionalmente, la investigación cualitativa en Malawi mostró que la percepción de las madres VIH positivas acerca de su propio cuerpo y salud influía en sus prácticas de alimentación infantil. Las mujeres percibían que una mayor masa corporal significaba mayor salud; estaban preocupadas de que su situación nutricional (masa corporal) estuviera deteriorándose debido a su enfermedad y temían que la lactancia pudiera incrementar la progresión de la enfermedad del VIH. Estos resultados indican la necesidad de brindar información más completa a las mujeres, centrada tanto en su salud y bienestar como en la del niño.⁹¹

Las creencias y actitudes de mujeres y hombres hacia las opciones de alimentación infantil pueden influir fuertemente en su elección en el contexto de la PTMH. En Costa de Marfil, la gran mayoría de las madres y futuras madres consideraban la lactancia como el método apropiado, pero la lactancia exclusiva no era bien aceptada. Se consideraba que el agua, especialmente, era un suplemento necesario para los niños, y sólo algunas madres aceptaban a las nodrizas.⁹²

La capacitación insuficiente de consejeros puede también poner en peligro la decisión informada de las mujeres VIH positivas sobre el método de alimentación infantil, tal como lo recomiendan las pautas de ONUSIDA/OMS/UNICEF. Las entrevistas en profundidad con consejeros en VIH/SIDA en Tanzania indican que la falta de conocimiento o confusión acerca de los riesgos y beneficios reales de las diferentes opciones de alimentación infantil, el recurrir a la consejería directiva y la falta de soporte de seguimiento a las madres, son importantes barreras para una asesoría de calidad.⁹³

Respecto a la alimentación con fórmula en ausencia de tratamiento antirretroviral perinatal, la evidencia de un ensayo aleatorio en Kenia mostró un 20.5% de infección de VIH en el grupo de niños alimentados con fórmula, comparado con 36.7% en el grupo de niños alimentados con leche materna.⁹⁴ Aunque las mujeres tenían acceso a agua limpia y podían preparar la fórmula de manera segura, la mortalidad a los 24 meses fue muy alta y no difería entre niños que recibieron lactancia materna y niños que no la recibieron. Se evidenció que la alimentación con fórmula en esta población evitaba que los niños adquirieran el VIH pero no que murieran por otras causas.⁹⁵

A los defensores de la lactancia materna les preocupa que en comunidades de bajos recursos el incremento de la alimentación con fórmula entre mujeres VIH positivas se extienda a mujeres no infectadas, socavando de este modo años de mensajes de salud pública acerca de los beneficios de la lactancia como una fuente completa de nutrientes para el bebé, el establecimiento de lazos afectivos, la estimulación del desarrollo cognitivo del niño y la prolongación de la amenorrea postparto como soporte entre los nacimientos. Sin embargo, la complejidad de la elección sobre si dar o no de lactar para las mujeres VIH positivas sigue teniendo beneficios y riesgos de peso en ambos lados.

Se ha propuesto una lactancia más segura para las mujeres VIH positivas que eligen dar de lactar,⁹⁵ lo que implica extraer y pasteurizar la leche materna. Sin embargo, no se puede garantizar esta práctica en la medida en que no es sólo menos conveniente, demanda más tiempo y es más cara en términos de combustible, sino que puede estar tan fuertemente asociada con el estigma y discriminación como el hecho de evitar la lactancia en sí misma.

En el caso de mujeres en TARGA, el dar de lactar puede disminuir el estigma, mejorar la calidad de vida de los padres VIH positivos, contribuir a los esfuerzos de crianza de los hijos, disminuir la mortalidad infantil y tal vez ayudar a motivar a las personas en las comunidades a someterse a la prueba y consejería de VIH, cre-

ando una mayor conciencia acerca del VIH.²⁶ La meta es proporcionar el TARGA a las personas viviendo con VIH que lo necesitan, mientras que proporcionar antirretrovirales en el periodo periparto (pre y postparto) sólo para prevenir la TMH es una medida de corto plazo.

Cuidado del niño

El impacto de la epidemia de VIH sobre la salud infantil a nivel mundial es un importante problema emergente. Antes que empezaran a implementarse programas nacionales de PTMH a larga escala, se estimaba que 600 mil nuevas infecciones pediátricas ocurrían anualmente, particularmente en África.⁹⁶ Mientras que los niños representan sólo un 4% de personas viviendo con VIH, 20% de las muertes por SIDA han ocurrido en esta población.⁹⁷

Se cree que la inmadurez del sistema inmunológico afecta la habilidad del niño para combatir la infección del VIH. Consecuentemente, los niños infectados durante el periodo perinatal generalmente desarrollan el SIDA más rápidamente que los adultos VIH positivos.⁹⁷ En la era pre-TARGA, aproximadamente 25% de estos niños desarrollaban el SIDA en el primer año de vida, y el tiempo promedio de desarrollo del SIDA para el restante 75% era de siete años. El pronóstico para niños de países pobres es aún más dramático; en África subsahariana, más del 50% muere en los primeros dos años y 89% en los primeros tres.^{96,98}

Sin embargo, las iniciativas de atención de VIH perinatales y pediátricas coordinadas han probado ser efectivas. En un programa de colaboración exitoso, se entrenó a enfermeras y obstetras jamaicanas en PTMH, consejería, exámenes voluntarios, y reconocimiento y manejo de SIDA pediátrico, siguiendo directrices para la atención del VIH, logrando sensibilizar y alentar a otros trabajadores de salud a atender a personas viviendo con VIH/SIDA, potenciar la colaboración multidisciplinaria, sensibilizar a personas de la comunidad sobre la enfermedad y mejorar el nivel de comodidad de las mujeres y sus familias respecto al acceso a la atención de salud.⁹⁹

El diagnóstico temprano de la infección por VIH es crucial para los niños VIH positivos. Sin embargo, todavía existen dificultades en muchas regiones del mundo, particularmente cuando el acceso a la atención prenatal y parto es deficiente, lo que posterga el reconocimiento de la infección por transmisión vertical. La sospecha de infección de VIH debería dirigirse no sólo a niños que nacen de madres VIH positivas, sino también a aquellos que muestran signos clínicos de inmunosupresión. El objetivo es reconocer la infección de VIH

lo más temprano posible para prevenir las infecciones oportunistas y el avance de la enfermedad del VIH, así como abordar aspectos psicosociales que pueden afectar el desarrollo del niño.¹⁰⁰ Esto incluye un monitoreo serológico de VIH hasta los 18 meses de edad para descartar la infección; esto puede lograrse también mediante dos exámenes virológicos de VIH negativos al mes y a los cuatro meses de edad.²² Recientemente, se realizó en Sudáfrica una detección de VIH-RNA en manchas de sangre seca en papel filtro, arrojando una alta sensibilidad y especificidad diagnóstica.¹⁰¹ Este abordaje puede permitir un diagnóstico temprano de VIH en áreas donde los laboratorios de biología molecular no están difundidos. También se recomienda la profilaxis con cotrimoxazol (para neumonía por *Pneumocystis* pero también para otras enfermedades bacteriológicas) después de las seis semanas de vida durante un periodo de al menos cuatro meses, al margen de que los resultados virales sean negativos. El monitoreo clínico y de laboratorio del crecimiento y desarrollo infantil debería incluir la exploración de otras infecciones perinatales y la inmunización, verificando si existe alguna evidencia de anemia asociada a la zidovudina.

El desarrollo de estrategias efectivas de atención infantil continúa siendo un importante desafío. Hasta ahora, la mayoría de las iniciativas relacionadas con los niños se han orientado a reducir la transmisión perinatal, sin proporcionar ningún otro tipo de intervenciones a madres, sus parejas o niños.²⁸ Como consecuencia, los hijos de padres VIH positivos, tanto infectados como no infectados, se han enfrentado a menudo ante la posibilidad de ser colocados en un orfanato, solución difícilmente efectiva y de largo plazo. Se requiere urgentemente implementar un enfoque integral para la atención de las familias afectadas y mantener a los padres vivos y saludables si se quiere asegurar un futuro para estos niños.

Se ha reportado que la situación de la familia es una barrera importante para la adecuada atención de los niños que viven con VIH en Tailandia.¹⁰² Dos años después del parto, se evidenció que un número tres veces mayor de mujeres vivía sola, comparado con su situación al momento del parto; el 30% de las familias había experimentado una reducción en sus ingresos y 10% de las parejas masculinas habían muerto. La mayoría de los niños (78%) vivían con sus madres, pero sólo 57% de las madres eran las principales cuidadoras de sus hijos. Más aún, se identificó altos niveles de depresión entre las mujeres que vivían con VIH, particularmente con relación a la salud de sus hijos y al futuro de su familia.

Niños y adolescentes que viven con VIH y adopción

Para proveedores y padres VIH positivos, el cuidado a largo plazo de sus hijos es importante, incluyendo aquellos que viven con VIH y están llegando a la adolescencia en TARGA. Las familias afectadas por el VIH requieren de soporte, el mismo que debe ser considerado con mayor profundidad en la atención integral dada a mujeres y hombres que viven con VIH.^{21,72,103}

Recientes estudios desarrollados con adolescentes que nacieron con VIH o lo adquirieron después de una exposición sexual, han resaltado importantes desafíos al intentar vincular la atención del VIH/SIDA a la salud sexual y reproductiva.¹⁰³⁻¹⁰⁵ Los niños que han sido infectados por sus madres tienden a crecer sobreprotegidos, a menudo sin saber que tienen VIH, y muchos carecen de información básica sobre la sexualidad y reproducción hasta la adolescencia tardía. En contraste, a la misma edad, los que fueron infectados por transmisión sexual sufren del estigma y discriminación en los centros de atención de salud. Con muchos de estos adolescentes, se ha descuidado las cuestiones vinculadas al desarrollo, y su estatus de VIH positivo ha sido revelado sin su consentimiento, incluso si no resultaba necesario para su atención. También se ha pasado por alto, en las visitas prenatales, el futuro rol de madres que asumirán las niñas embarazadas. Adicionalmente, los adolescentes viviendo con VIH se preocupan mucho por su cuerpo y su imagen corporal en la relación con su estado de salud; el sufrimiento emocional que implica mantener su estatus de VIH en secreto representa una terrible carga. Requieren soporte emocional para ser capaces de revelar su diagnóstico a sus amigos y seres queridos y para hacer planes para el futuro como tener una relación sexual, formar una familia y tener hijos.¹⁰⁵

Algunos adolescentes VIH positivos consideran la adopción como una alternativa a tener sus propios hijos.¹⁰³ Muchos huérfanos que viven con VIH fueron ellos mismos adoptados legalmente o no oficialmente por familias en todo el mundo. No obstante, puede que no se les permita hacer lo mismo cuando lleguen a la adolescencia, en la medida en que las regulaciones gubernamentales en muchos países prohíben la adopción a personas viviendo con VIH.¹⁰⁶

En África, particularmente, la orfandad es un tema descuidado. Generalmente se prefiere un enfoque basado en la comunidad para el cuidado de los huérfanos, dado que permite mantener al niño afectado dentro de un ambiente familiar en su propio pueblo o tribu.¹⁰⁷ La adopción de niños huérfanos por la familia extensa significa a menudo que éstos pasan al cuidado de parientes ancianos, quienes

pueden tener dificultades para mantener a los niños o negarse a hacerlo debido al estigma y la discriminación.

En algunos países en desarrollo, cuando un padre o madre muere, es posible que los hijos mayores sean los únicos miembros de la familia sobrevivientes para cuidar de sus hermanos menores. El cuidado temporal de niños o el futuro de quienes han perdido a uno o a sus dos padres puede ser distinto en diferentes contextos culturales.¹⁰⁸ Ser VIH positivo y haber perdido a la madre o a ambos padres debido al SIDA incrementa la posibilidad de que un niño sea institucionalizado en Brasil.¹⁰⁹ Consecuentemente, se debe dar la más alta prioridad a los niños pequeños que han perdido a uno de sus padres.

En 2005, Human Rights Watch documentó la discriminación que sufren los niños en el acceso a la educación desde el momento en que el VIH aqueja a sus familias.¹¹⁰ Los niños y niñas pueden verse obligados a dejar el colegio para realizar labores domésticas o guardar luto por la muerte de uno de sus padres. Muchos no pueden costear los pagos si los padres están demasiado enfermos para ganarse la vida, y las escuelas pueden incluso rechazar la admisión de niños afectados por el VIH. En muchos casos, sus madres quedaron sin recursos luego de la muerte del esposo por causa del SIDA. En otros, voluntarios de organizaciones de base comunitaria han recurrido a fondos comunes, muchas veces magros, que permiten cubrir sólo las necesidades básicas de los huérfanos. Un número significativo vive en las calles o en hogares encabezados por otros niños. La investigación cualitativa con nigerianos VIH positivos, líderes comunitarios y huérfanos por causa del SIDA, mostró que la carga del cuidado de los niños recaía a menudo sobre los miembros de la familia materna. Entre los principales problemas que estos niños debían enfrentar, se encontraba una pobre educación debido a la falta de recursos financieros. Se resaltó la necesidad de que el gobierno ofreciera soporte y estableciera vínculos con las ONG para proporcionar atención del VIH y apoyo familiar para los huérfanos.¹¹¹ Las agencias internacionales juegan también un rol importante en este tema, proporcionando asesoría técnica y financiamiento.¹¹²

Implicancias de política

Los hombres y mujeres que viven con VIH enfrentan decisiones difíciles relacionadas con la sexualidad, los deseos de paternidad y maternidad y vida familiar. La realización de sus derechos a una atención de salud sexual y reproductiva de calidad y a tener una familia se ve dificultada por cuestiones estructurales, sociales y culturales, así como por la ausencia de apoyo programático. En un estudio que investigó asuntos de sexualidad y reproducción, se preguntó a 250 hombres que vivían con VIH en Sao



GUEORGUI PINKHASOV / MAGNUM PHOTOS

HIV positive father takes his son for antiretroviral medication, Kenya, 2005

Paulo, Brasil, si deseaban tener hijos y si los profesionales de salud en las clínicas de atención de VIH/ SIDA a las que asistían apoyaban sus deseos. La mayoría de los participantes dijo que los profesionales no brindaban el apoyo necesario e incluso que no eran imparciales respecto a la posibilidad de que las personas viviendo con VIH tuvieran hijos, y prestaban escasa atención al rol de paternidad del hombre. 80% de los hombres tenían relaciones sexuales, y 43% de ellos querían hijos, especialmente los que no tenían ninguno, a pesar de las expectativas de desaprobación. Sin embargo, pocos hombres recibieron información sobre opciones de tratamiento que protegen a los niños. En comparación, en estudios previos con mujeres VIH positivas que asistían a las mismas clínicas, se reportó un mayor conocimiento sobre la prevención de la transmisión perinatal del VIH, pero las mujeres tenían menos relaciones sexuales, un menor número deseaba tener hijos, y su expectativa era incluso de mayor desaprobación por parte de los profesionales de salud frente a la posibilidad de que tuvieran hijos.⁵ En padres heterosexuales que viven con VIH en Londres, se han reportado

similares expectativas respecto al deseo de tener hijos y anticipan la desaprobación por parte de los proveedores de salud, así como la ausencia de información actualizada sobre la PTMH.¹¹³ Estos estudios sugieren que el derecho de las personas con VIH a fundar una familia depende tanto de que se cure la enfermedad, de los prejuicios y la discriminación -que incluye a los profesionales de salud- como de las intervenciones médicas.

Las políticas orientadas a la protección y realización de los derechos a la paternidad y maternidad de hombres y mujeres que viven con VIH deben ser lo suficientemente integrales para abordar el continuum de atención desde la gestación hasta el cuidado del bebé y el niño, proporcionar medios para la integración de las intervenciones de salud sexual y reproductiva con la atención del VIH/SIDA y mitigar el estigma y discriminación vinculados al SIDA.

La atención calificada, definida como el continuum de atención desde el nivel comunitario y primario hasta el nivel terciario¹¹⁴ para las mujeres y hombres que viven con VIH, con relación a la paternidad y maternidad, debe ir más allá de ofrecer el mejor tratamiento disponible, para promover los vínculos multisectoriales con el sistema educativo, las organizaciones de base comunitaria y los movimientos sociales que enfrentan un amplio espectro de cargas relacionadas con el SIDA, especialmente en áreas de alta prevalencia. El centrarse en la pareja, el individuo o el conjunto de adultos responsables de la crianza de los niños, más que considerar sólo a la mujer o al niño como la unidad de cuidado, sería ciertamente un avance programático innovador hacia la realización de los derechos y necesidades de paternidad de las personas que viven con o son afectadas por el VIH.

Rights of HIV Positive People to Sexual and Reproductive Health: Parenthood
Reproductive Health Matters 2007;15(29 Supplement):27-45

Referencias

- Zaba B, Gregson S. Measuring the impact of HIV on fertility in Africa. *AIDS* 1998;12(Suppl.1): 341-50.
- Glynn JR, Buve A, Carael M, et al. Decreased fertility among HIV-1 infected women attending antenatal clinics in three African cities. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2000;25(4):345-52.
- Chen JL, Philips KA, Kanouse DE, et al. Fertility desires and intentions of HIV positive men and women. *Family Planning Perspectives* 2001;33(4):144-52.
- Castro A, Farmer P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. *American Journal of Public Health* 2005;95(1):53-59.
- Paiva V, Santos N, Franc, a Jr I, et al. Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care and STDs* 2007;21(4):268-77.
- Kopelman LM, van Niekerk AA. *AIDS and Africa - Introduction*. *Journal of Medical Philosophy* 2002;27(2):139-42.
- Paiva V, Ventura-Felipe E, Santos N, et al. The right to love: the desire for parenthood among men living with HIV. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):91-100.
- de Bruyn M. Living with HIV: challenges in reproductive health care in South Africa. *African Journal of Reproductive Health* 2004; 8(1):92-98.
- INFO Project. Pesquisas com Homens: Novos Resultados. *Population Reports* 2004;32(2). Sé'rie M, No.18. At: <www.bibliomed.com.br>.
- Clift E. Redefining macho: men as partners in reproductive health. *Perspectives in Health* 1997;2(2):20-25.
- Sternberg P, Hubley J. Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. *Health Promotion International* 2004;19(3):389-96.
- UNAIDS/ 01.64E. Working with men for HIV prevention and care. Geneva7 UNAIDS, October 2001.
- UNAIDS/ 02.31E. Keeping the promise. Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (UNGASS), 25-27 June 2001. Geneva7 UNAIDS, June 2002.
- Bhalerao VR, Galwankar M, Kowli SS, et al. Contribution of the education of the prospective fathers to the success of maternal health care programme. *Journal of Postgraduate Medicine* 1984;30(1):10-12.
- Varkey CL, Mishra A, Das A, et al. Involving Men in Maternity Care in India. *FRONTIERS Final Report*. Washington, DC7 Population Council, 2004. At: <www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Indi MIM.pdf>.
- Brase M, Dinglasan R, Ho M, et al. UNICEF/Yale School of Public Health Research Project: The Role of Men in Families. New Haven7 Yale University School of Medicine, International Health Department, 1997.

17. Goldani MZ, Giugliani ERJ, Scanlon T, et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2003;37(5): 552–58.
18. Almeida SD, Barros MB. Equity and access to health care for pregnant women in Campinas (SP), Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005;17(1):15–25.
19. Cartoux M, Meda N, Van de Perre P, et al. Acceptability of voluntary HIV testing by pregnant women in developing countries: na international survey. Ghent International Working Group on Mother-to-Child transmission of HIV. *AIDS* 1998;12(18): 2489–93.
20. Ruiz JD, Molitor F. Knowledge of treatment to reduce perinatal human immunodeficiency virus (HIV) transmission and likelihood of testing for HIV: results from 2 surveys of women of childbearing age. *Maternal and Child Health Journal* 1998;2(2):1117–22.
21. IPAS. Reproductive rights for women affected by HIV/AIDS. 2005. At: <www.ipas.org/english/publication/international_health_policies.asp>.
22. Cohan D. Perinatal HIV: special considerations. *Topics in HIV Medicine* 2003;11(6):200–13.
23. O'Connor KE, MacDonald SE. Aiming for zero: preventing mother-to-child transmission of HIV. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 166(7):909–10.
24. Workowski KA, Berman SM. Sexually-transmitted diseases treatment guidelines: 2006. Recommendation Report. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006;55(RR11):1–94.
25. Kiddugavu MG, Kiwanuka N, Wawer MJ, et al. Effectiveness of syphilis treatment using azythromycin and/or benzathine penicillin in Rukai, Uganda. *Sexually Transmitted Diseases* 2005;32(1):1–6.
26. Andersen MD, Smereck GA, Hockman EM, et al. Nurses decrease barriers to health care by “hyperlinking” multiple-diagnosed women living with HIV/AIDS into care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 1999; 10(2):55–65.
27. Mullick S, Kunene B, Wanjiru M. Involving men in maternity care: health service delivery issues. *Agenda: Special Focus on Gender, Culture and Rights (Special issue)*:124–35. At: <www.popcouncil.org/frontiers>.
28. Colebunders R, Kolsteren P, Ryder R. Giving antiretrovirals in the peripartum period to prevent mother-to-child HIV transmission in low-income countries: only a short-term stopgap measure. *Tropical Medicine and International Health* 2003;8(5):375–77.
29. Manchester J. Perinatal HIV transmission and children affected by HIV/AIDS: concepts and issues. *AIDS/STD Health Promotion Exchange* 1997; (4):1–4.
30. Semrau K, Kuhn L, Vwalika C, et al. Women in couple antenatal HIV counseling and testing are not more likely to report adverse social events. *AIDS* 2005;19(6):603–09.
31. Maman S, Campebell J, Sweat MD, et al. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine* 2000;50(4): 459–78.
32. WHO. Violence against women and HIV. 2004. At: <www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>.
33. Zierler S, Witbeck B, Mayer K. Sexual violence against women living with or at risk for HIV infection. *American Journal of Preventive Medicine* 1996; 12(5):304–10.
34. Retzlaff C. Women, violence and health care. *AIDS Care* 1999; 5(3):40–45.
35. Sowell RL, Phillips KD, Seals B, et al. Incidence and correlates of physical violence among HIV-positive women at risk for pregnancy in southeastern United States. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2002;13(2):46–58.
36. Mawn B. Integrating women’s perspectives on prenatal human immunodeficiency virus screening: towards a socially just policy. *Research in Nursing & Health* 1998;21(6):499–509.
37. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998;105(8): 836–48.
38. Abrams ET, Milner DA Jr, Kwiek J, et al. Risk factors and mechanisms of preterm delivery in Malawi. *American Journal of Reproductive Immunology* 2004;52(2):174–83.
39. Rouzioux C, Chaix M-L, Burgard M, et al. HIV and pregnancy. *Pathologie biologique* 2002;50:576–79.
40. John-Stewart G, Mbori-Ngacha D, Ekpini R, et al. Breast-feeding and transmission of HIV-1. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004; 35(2):196–202.
41. Matheson PB, Thomas PA, Abrams EJ, et al. Heterosexual behavior during pregnancy and perinatal transmission of HIV-1. New York City Perinatal HIV Transmission Collaborative Study Group. *AIDS* 1996; 10(11):1249–56.
42. Bulterys M, Landesman S, Burns DN, et al. Sexual behavior and injection drug use during pregnancy and vertical transmission of HIV-1. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1997;15(1): 76–82.

43. 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(9158):1035-39.
44. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, et al. Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. *Journal of American Medical Association* 1998;280(1):55-60.
45. Brocklehurst P, Volmink J. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(2):CD003510.
46. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: towards universal access: recommendations for a public health approach-2006 version. At: <www.who.int/hiv/pub/guidelines/pmtct/en/index.html>.
47. McIntyre J. Controversies in the use of nevirapine for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 2006;7(6):677-85.
48. Lockman S, Shapiro RL, Smeaton LM. Response to antiretroviral therapy after a single peripartum dose of nevirapine. *New England Journal of Medicine* 2007;356(2):135-47.
49. Taha TE, Kumwenda NI, Hoover DR, et al. Nevirapine and zidovudine at birth to reduce perinatal transmission of HIV in an African setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292(2):202-09.
50. Dabis F, Bequet L, Ekouevi DK, et al. Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. *AIDS* 2005; 19(3):309-18.
51. Zorrilla CD, Santiago LE, Knudson D, et al. Greater adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) between pregnant versus non-pregnant women living with HIV. *Cellular and Molecular Biology (Noisy-le-grand)* 2003;49(8):1187-92.
52. Siegel K, Lekas HM, Scrimshaw EW, et al. Factors associated with HIV-infected women's use or intention to use AZT during pregnancy. *AIDS Education and Prevention* 2001;13(3):189-206.
53. Temmerman M, Quaghebeur A, Mwanyumba F, et al. Mother-to-child HIV transmission in resource poor settings: how to improve coverage? *AIDS* 2003;17(8):1239-42.
54. Kapiriri L, Robbestad B, Norheim OF. The relationship between prevention of mother to child transmission of HIV and stakeholder decision making in Uganda: implications for health policy. *Health Policy* 2003; 66(2):199-211.
55. Dabis F, Newell ML, Fransen L, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries: recommendations for practice. The Ghent International Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV. *Health Policy and Planning* 2000;15(1):34-42.
56. Liljestrand J. Strategies to reduce maternal mortality worldwide. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2000;12(6):513-17.
57. Kanal K, Chou TL, Sovann L, et al. Evaluation of the proficiency of trained non-laboratory health staff and laboratory technicians using a rapid and simple HIV antibody test. *AIDS Research and Therapy* 2005;2(1):5.
58. Bhole AV, Sastry J, Patke D, et al. Sensitivity and specificity of rapid HIV testing of pregnant women in India. *International Journal of STD and AIDS* 2003;14(1):37-41.
59. Ministry of Health, Brazil. Programa Brasileiro de DST/AIDS. [Brazilian Guidelines for delivery care] Brasília: 2004. At: <www.aids.gov.br/final/biblioteca/gestante_2004/ConsensoGestante2004.doc>.
60. Liu A, Kilmarx PH, Supawitkul S, et al. Rapid whole-blood finger-stick test for HIV antibody: performance and acceptability among women in northern Thailand. *Journal of the Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2003;33(2):194-98.
61. Malonza IM, Richardson BA, Kreiss JK, et al. The effect of rapid HIV-1 testing on uptake of perinatal HIV-1 interventions: a randomized clinical trial. *AIDS* 2003;17(1):113-18.
62. Burdge DR, Money DM, Forbes JC, et al. Canadian consensus guidelines for the management of pregnancy, labour and delivery and for postpartum care in HIV-positive pregnant women and their offspring. *Canadian Medical Association Journal* 2003;168(13):1671-74.
63. Read JS, Newell ML. Efficacy and safety of caesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005; (4):CD005479.
64. Fiore S, Newell ML, Thorne C, et al. Higher rates of post-partum complications in HIV-positive than in uninfected women irrespective of mode of delivery: European HIV in Obstetrics Group. *AIDS* 2004; 18(6):933-38.
65. Hartmann K, Viswanathan M, Palieri R, et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005;293(17):2141-48.
66. Ayisi JG, van Eijk AM, Newman RD, et al. Maternal

- malaria and perinatal HIV transmission, Western Kenya. *Emerging Infectious Diseases* [serial online] April 2004. At: <www.cdc.gov/ncidod/EID/vol10no4/03-0303.htm>.
67. Minkoff H. HIV and pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995;173:585–89.
 68. McIntyre J. Maternal health and HIV. *Reproductive Health Matters* 2005;13(25):129–35.
 69. Knauth DR, Barbosa RM, Hopkins K. Between personal wishes and medical prescription: mode of delivery and post-partum sterilisation among women with HIV in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2003;11(22):113–21.
 70. Bien AM, Iwanowicz-Palus GJ, Stadnicka G. Involvement of men in parenthood. *Wiadomosci Lekarskie* (Warsow, Poland: 1960). 2002;55(Suppl.1):26–33.
 71. De Carvalho ML. Fathers' participation in childbirth at a public hospital: institutional difficulties and motivations of couples. *Cadernos de Saude Publica* 2003;19(Suppl.2):S389–98.
 72. Obi SN, Waboso P, Ozumba BC. HIV/AIDS: occupational risk, attitude and behaviour of surgeons in southeast Nigeria. *International Journal of STD and AIDS* 2005;16(5):370–73.
 73. Population Council. *Repositioning Post Partum Care in Kenya*. 2005. At: <www.popcouncil.org/pdfs/Safe_Mom_Postpartum_Care.pdf>.
 74. Population Council. *SMDP Western Province. Approaches to providing quality maternity care in Kenya*. University of Nairobi, 2004.
 75. Kochenour NK. Lactation suppression. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology* 1980;23(4):1045–59.
 76. Santos N, Ventura-Felipe E, Paiva V. HIV positive women, reproduction and sexuality in Saõ Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 1998;6(12):31–40.
 77. Centers for Disease Control. *Surgical sterilization among women and use of condoms: Baltimore, 1989–1990. Morbidity and Mortality Weekly Report* 1992;41(31):568–69;575.
 78. Barbosa RM, do Lago T, Kalckman S, et al. Sexuality and reproductive health care in São Paulo, Brazil. *Health Care for Women International* 1996;17(5):413–21.
 79. Barbosa RM, Villela WV. Sterilisation and sexual behaviour among women in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 1995;3(5):37–46.
 80. CDC. *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. Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT) Series*. At: <www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat>.
 81. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. *HIV and infant feeding. Guidelines for decision-makers*. Geneva: 2003. At: <www.who.int/child-adolescent-health/new-publication/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf>.
 82. Omari AA, Luo C, Kankasa C, et al. Infant-feeding practices of mothers of known HIV status in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning* 2003;18(2):156–62.
 83. Kiarie JN, Richardson BA, Mbori-Ngacha D. Infant-feeding practices of women in a perinatal HIV-1 prevention study in Nairobi, Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2004;35(1):75–81.
 84. Shankar AV, Sastry J, Erande A, et al. Making the choice: the translation of global HIV and infant feeding policy to local practice among mothers in Pune, India. *Journal of Nutrition* 2005;135(4):960–65.
 85. Piwoz EG, Ross JS. Use of population-specific mortality rates to inform policy decisions regarding HIV and infant feeding. *Journal of Nutrition* 2005;135(5):1113–19.
 86. Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. *Lancet* 1999;354(9177):471–76.
 87. Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, et al. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 2001;15(3):379–87.
 88. Iliff PJ, Piwoz EG, Tavengwa NV, et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-1 free survival. *AIDS* 2005;19(7):699–708.
 89. MagoniM, Bassani L, Okong P, et al. Mode of infant feeding and HIV infection in children in a program for prevention of mother-to-child transmission in Uganda. *AIDS* 2005;19(4):433–37.
 90. Shapiro RL, Lockman S, Thior I, et al. Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-positive women: results from a pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention* 2003;15(3):221–30.
 91. Bentley ME, Corneli AL, Piwoz E, et al. Perceptions of the role of maternal nutrition in HIV-positive breast-feeding women in Malawi. *Journal of Nutrition* 2005;135(4):945–49.
 92. Yeo EA, Béquet L, Ekouévi DK, et al. Attitudes towards exclusive breastfeeding and other infant feeding options – a study from Abidjan, Côte d'Ivoire. *Journal of Tropical Pediatrics* 2005;51(4):223–26.

93. de Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. Counsellors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2002;10(20):144–56.
94. Nduati R. Breastfeeding and HIV-1 infection. A review of current literature. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 2000;478:201–10.
95. Filteau S. Infant-feeding strategies to prevent post-natal HIV transmission. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2003; 97(1):25–29.
96. Vaz P, Elenga N, Fassinou P, et al. HIV infection in children in African countries. *Medicine Tropicale* 2003;63(4–5):465–72.
97. Goulder PJR, Jeena P, Tudor-Williams G, et al. Paediatric HIV infection: correlates of protective immunity and global perspectives in prevention and management. *British Medical Bulletin* 2001;58:89–108.
98. Taha TE, Graham SM, Kumwenda NI, et al. Morbidity among human immunodeficiency virus-1-infected and uninfected African children. *Pediatrics* 2000;106(6):1–8.
99. Palmer PM, Anderson-Allen MM, Billings CC, et al. Nursing interventions in the Kingston Paediatric and Perinatal HIV/AIDS Programme in Jamaica. *West Indian Medical Journal* 2004;53(5):327–31.
100. Krist AH, Crawford-Faucher A. Management of newborns exposed to maternal HIV infection. *American Family Physician* 2002;65(10):2061–62.
101. Sherman GG, Stevens G, Jones SA, et al. Dried blood spots improve access to HIV diagnosis and care for infants in low-resource settings. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 2005; 38(5):615–17.
102. Manopaiboon C, Shaffer N, Clark L, et al. Impact of HIV on families of HIV-positive women who have recently given birth, Bangkok, Thailand. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998;18(1):54–63.
103. Ayres JR, Paiva V, Franc, a Jr I, et al. Vulnerability, human rights and comprehensive care of young people living with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health* 2006;96(6): 1001–06.
104. Ayres JR, Segurado A, Galano E, et al. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multi- profissional. *Aids* Novos Horizontes. São Paulo7 Office Editora e Publicidade. Maio 2004. p.35.
105. Aka Dago-Akribi H, Cacou Adjoua M-C. Psychosocial development among HIV-positive adolescents in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):19–28.
106. de Bruyn M. Women, reproductive rights and HIV/AIDS: Issues on which research and intervention are still needed. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2006;24(4): At: <www.icddrb.org/images/Forthcoming_Women-reproductive.pdf>.
107. Beard BJ. Orphan care in Malawi: current practices. *Journal of Community Health Nursing* 2005;22(2):105–15.
108. Taylor L. Patterns of child fosterage in rural northern Thailand. *Journal of Biosocial Science* 2005;37(3):333–50.
109. Doring M, Franc, a-Junior I, Stella I. Factors associated with institutionalization of children orphaned by AIDS in a population-based survey in Porto Alegre, Brazil. *AIDS* 2005;19(Suppl.4):S59–S63.
110. Human Rights Watch. Letting Them Fail. Government Neglect and the Right to Education for Children Affected by AIDS. 2005. At: <hrw.org/reports/2005/africa1005>.
111. Folanay MO, Fakande I, Ogunbodede EO. Caring for the people with HIV/AIDS and AIDS orphans in Osun State: a rapid survey report. *Nigerian Journal of Medicine* 2001;10(4): 177–81.
112. Bhargava A, Bigombe B. Public policies and the orphans of AIDS in Africa. *BMJ* 2003; 326(7403):1387–89.
113. Sherr L, Barry N. Fatherhood and HIV-positive heterosexual men. *HIV Medicine* 2004; 5(4):258–63.
114. WHO/ICM/FIGO. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO; 2004.

¿“Sólo un pedacito”? : la historia social de la circuncisión masculina

Peter Aggleton

Profesor, Thomas Coram, Unidad de Investigación, Instituto de Educación, Universidad de Londres, Londres UK. E.mail: p.aggleson@iol.ac.uk

EN los últimos siete años ha aumentado la promoción de la circuncisión masculina como una forma de prevención del VIH, primero entre los especialistas en salud pública que trabajan principalmente en los Estados Unidos, luego entre quienes colaboran en organizaciones internacionales y de modo más reciente como parte de un extenso paquete de medidas que apoyan la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA.¹

Persiste una fuerte diferencia de opiniones respecto a la conveniencia de implementar esta forma de prevención —o de cuán rápido deba hacerse—, aun cuando cada vez parece haber un mayor acuerdo en que la circuncisión masculina, al igual que todas las intervenciones de salud pública relacionadas con el VIH, deben promoverse de un modo culturalmente apropiado, y desde una perspectiva de respeto a los derechos y sensible al género.³

Documentos y discusiones por igual se han ocupado de temas de sensibilidad de género y derechos. En estas líneas propongo examinar los temas culturales y políticos involucrados. La circuncisión masculina tiene en todo el mundo raíces profundas en la estructura social. Lejos de ser una acción meramente técnica, incluso cuando se realiza en ámbitos médicos, se trata de una práctica cargada de un cúmulo de significados sociales. Algunos de estos significados tienen que ver con lo que es ser un hombre, y en algunas sociedades de África y Oceanía equivale a un rito de tránsito a la edad adulta.

En otros lugares, la circuncisión masculina tiene connotaciones religiosas, se practica ampliamente entre judíos y musulmanes, aunque menos entre cristianos y raramente en otras religiones. Sin embargo, a partir de finales del siglo XIX tuvo también su ingreso en el campo de la salud pública. Particularmente en Estados Unidos, a lo largo de la historia, se le ha visto como una panacea para una gama extensa de problemas médicos y sociales, desde la parálisis y la inflamación fero-

motibial, hasta el nerviosismo, la conducta antisocial y la imbecilidad.⁴

Tomando esto en cuenta, la circuncisión masculina sigue siendo, de manera crucial, un fuerte indicador de la jerarquía y la diferencia social. Durante los imperios árabes y otomanos, en la Alemania nazi y en la India dividida, y en los recientes genocidios de Bosnia y Timor Oriental, la condición de circuncidado tuvo serias consecuencias sobre la manera en que un hombre era tratado. Violencia, tortura y muerte fueron los costos que tuvieron que pagar quienes no se ajustaron a la norma.

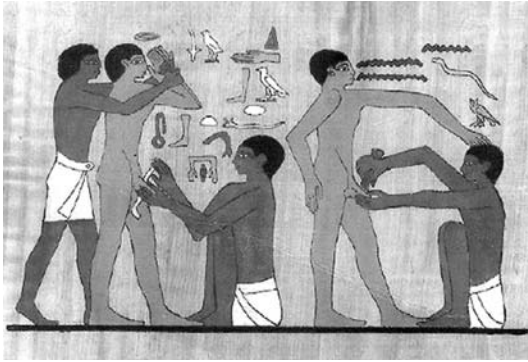
Con estos antecedentes, este artículo pretende añadir algo de equilibrio y contexto a los actuales debates en torno de la circuncisión masculina. Cuestiona la supuesta neutralidad de un acto tan profundo en su significación social como rico en su significado. Hace hincapié en cómo la circuncisión masculina —como su contrapartida, la mutilación genital femenina— es casi siempre un acto fuertemente político con profundas consecuencias individuales y sociales, impuesto sobre los demás por quienes tienen el poder y apelan a los intereses más amplios del bienestar público.

Mucho han escrito sobre este tema sociólogos, antropólogos, historiadores y psicoanalistas, entre otros⁵, a los que apenas me referiré aquí. Sin embargo, en su actual encarnación global de la prevención del VIH se habla de la circuncisión masculina como si fuera uno de los asuntos más banales y sin consecuencias. “Sólo es un pedacito”, así fue como la describió uno de los participantes en uno de los recientes encuentros de consulta sobre la circuncisión masculina organizado por la OMS y ONUSIDA.

La historia más violenta

Resulta apócrifo afirmar que los registros más antiguos de la circuncisión masculina provienen de la sexta dinastía egipcia⁶. Un bajorrelieve sobre el sarcófago de

Figure 1. Ancient Egyptian relief, Ankhmahor, Saqqara, Egypt (2345-2182 BCE)*



Ankh-ma-Hor en Saqqara muestra esta práctica supestando como un ritual previo al ingreso al sacerdocio⁷. Lo que se comenta con menos frecuencia es el hecho de que en esta misma ilustración, lejos de participar voluntariamente en la práctica de la circuncisión, al menos a uno de los hombres se le obliga por la fuerza.

Sin duda la práctica de la circuncisión masculina tiene orígenes antiguos. Herodoto, el historiador griego, la registra ya en Egipto en el siglo quinto antes de Cristo, y en la tradición semítica se le vincula con un pacto con Dios que data de tiempos de Abraham.

La controversia gálata, como en ocasiones se le nombra, señala ya una oposición a esta práctica en un momento en que se le consideraba un obstáculo para la conversión masiva a la cristiandad. Gálatas 5:6 intenta esclarecer el asunto cuando dice que “la circuncisión o la no circuncisión no importaban para Jesucristo”. Corintios 7:18-20 va todavía más lejos cuando asevera que “la circuncisión no significa nada, la no circuncisión tampoco significa nada; lo que importa es observar los mandamientos de Dios”.

¿Pero acaso la circuncisión masculina era o es un procedimiento relativamente menor? De modo crucial, la circuncisión judía difiere hoy con mucho del pacto originalmente instituido. Hasta el año 300 antes de Cristo se registra el ritual como algo que exige solamente el desprendimiento de la punta del prepucio. Sin embargo, cuando los atletas judíos viajaron a Grecia para competir en los juegos olímpicos, imitaron a sus anfitriones helénicos cubriéndose el glande con el resto de sus prepucios, los mismos que sujetaban en la punta con una liga. Con el tiempo se señaló que este tipo de

estiramiento daba como resultado un prepucio con funcionamiento perfecto.

“Cuando los atletas regresaron a casa, los judíos ancianos montaron en cólera al ver los prepucios helenizados. Y para poner fin a esta práctica instituyeron el periah, que incluía no sólo el desprendimiento completo del prepucio, sino cortar con una uña afilada el frenillo (la membrana sensible y delicada en la parte inferior del pene)”.⁸

Otras formas de circuncisión masculina religiosa no eran menos dañinas. Como lo anota Sir Richard Burton en una nota al pie de página de Las mil y una noches:

*“Las variedades de la circuncisión son inmensas... pero posiblemente ninguna más terrible que la que se practica en la provincia de Al Asir... donde se le llama salkh (escarificación). Al paciente, por lo general de diez a doce años de edad, se le coloca sobre un montículo de tierra sosteniendo en su mano derecha una lanza... la tribu lo rodea para juzgar su fortaleza, mientras un barbero realiza la operación con una daga jumbiyak, filosa como una navaja. Primero hace una incisión superficial, cortando sólo la piel del abdomen inmediatamente abajo del ombligo, luego practica incisiones parecidas en cada ingle, pelando la epidermis de estas cortadas y desollando también los testículos y el pene, hasta terminar con la amputación del prepucio. Durante todo este procedimiento, no debe temblar la lanza...”*⁹

¿Qué justificación podría darse para una práctica tan violenta? Las opiniones difieren, aunque el rabino Moisés Maimónides, del siglo XIII, opinaba:

“En lo que concierne a la circuncisión, uno de sus objetivos es limitar la relación sexual y debilitar tanto como sea posible al órgano de la procreación... La circuncisión simplemente contrarresta la lujuria excesiva, ya que no cabe duda de que sí debilita la excitación sexual. Nuestros sabios lo dicen muy claramente: ‘Es difícil para una mujer que tiene sexo con un hombre no circuncidado, separarse de él’. Esta es, en mi opinión, el mejor argumento para el mandamiento (de la circuncisión)”.¹⁰

La circuncisión masculina ha sido también un castigo infligido a quienes no estaban circuncisos. Como lo informa Berkeley:

“Hace más de dos siglos, al joven Warren Hastings se le circuncidó por la fuerza. Junto con trescientos de sus

* At: http://en.wikipedia.org/wiki/Image:Egypt_circ.jpg#filehistoryN.

colegas trabajadores británicos en Cozzimbazar, en la India, el joven Warren de 24 años fue desnudado, sodomizado, masturbado y públicamente circuncidado por las tropas mongolas que devastaron el puesto de avanzada británico. Warren observó horrorizado como su prepucio era llevado en una bolsa que contenía trescientos otros prepucios recién cortados, trofeos todos ellos para los mongoles musulmanes. El largirucho Hastings, quien más tarde sería uno de los estadistas coloniales británicos más prominentes, refirió así su propio suplicio: “A mí, personalmente, me tallaron”.¹¹

Al explorador colonial John Hanning Speke lo circuncidaron en el campo de batalla durante la búsqueda de la fuente del Nilo, en tanto los somalíes asolaban el campamento británico. Una crónica muy emotiva refiere:

“Uno de ellos aulló al tiempo que se lanzaba contra Speke –Speke paró un golpe seco que le levantó la hoja de la espada. Speke quedó aturdido cuando un hombre le presionó la garganta con un gran cuchillo mientras gritaba “Circuncisión o muerte, perro cristiano”. Le jaló luego el prepucio a Speke y estirándolo fuerte lo cortó con el filo acerado de su espada”.¹²

Estas prácticas tenían orígenes antiguos, y ya se señalaba que en los tiempos coránicos a los prepucios arrancados de los “infeles”, recogidos después de la batalla, se les consideraba como trofeos de la victoria. De acuerdo con el código marcial del Imperio Mongol, un guerrero subía al parecer de rango según el número de prepucios que traía consigo del campo de batalla.¹³

Los contratos comerciales en la corte mongol de la India del siglo diecisiete exigían que los hombres estuvieran circuncidados. Elihu Yale, rector de la Universidad de Yale y antiguo comerciante británico, supuestamente dio autorización para que los grandes mongoles lo circuncidaran. De igual modo fueron circuncidados sus enviados especiales a la corte. En 1686, Sir Josiah Child, entonces Gobernador de la compañía de la India Oriental, envió a la corte mongol a dos negociadores:

“Nos recibieron con nuestras manos atadas con un cordel, y el Gran Mongol nos escoltó hasta una habitación privada donde dio la orden a un eunuco de que nos desnudara. Quedó satisfecho al ver que los dos estábamos circuncidados y éramos por lo tanto voceros autorizados de una raza circuncidada. Ordenó entonces que se nos desataran las manos y (a partir de entonces) se nos tratara como hombres de honor”. (Citado por Berkeley).¹¹

Asunto polémico

La circuncisión masculina ha sido siempre un tema polémico, y las opiniones al respecto difieren fuertemente en cuanto a sus beneficios estéticos, sociales u otros. Para los griegos antiguos, por ejemplo, no había nada malo en la desnudez masculina durante los juegos, excepto que el prepucio debía sostenerse firmemente mediante un pequeño gancho o broche –como puede apreciarse en numerosos vasos y frisos. En el año 168 antes de Cristo, el emperador seléucida Antioquío IV prohibió la circuncisión. Las madres que circuncidaban ritualmente a sus niños eran flageladas, crucificadas o apedreadas. En el año 70 después de Cristo, el emperador romano Vespertino instituyó un impuesto de la circuncisión conocido como el Fiscus Judaicus y supestamente exigió que se revisara a cada hombre.

Años después, sin embargo, a la circuncisión masculina se le promovería por su valor de “incrementadora de la salud” y por su capacidad de reducir males morales. El explorador Sir Richard Burton escribió que el “beneficioso ritual de la circuncisión” es una de las “mil funciones externas que compensan por las delincuencias morales”.¹⁴ Berkeley cita a un tal Dr. Rae, quien escribe en la India un siglo antes y dice: “Mi ayudante musulmán me cuenta que los chicos moros se vuelven adictos a masturbarse con demasiada violencia hasta el día en que son circuncidados, y a partir de ese momento se les modera hasta que lleguen al acto sexual natural”.¹³

Inspirándose en estas dos ideas y en el temor muy real de que a los hombres no circuncidados se les pudiera circuncidar durante la batalla, en 1661 el gobernador británico de la India y el Consejo de Madras ordenaron que todos “los cadetes fueran examinados corporalmente... Y si un cadete no podía jalarle bien el rabo, (el doctor de la compañía) habría de cortarle la piel por completo”. Se dice que la Compañía Viejo Londres guardó reportes del estatus de circuncisión de todos sus empleados. Y en el siglo XIX la realeza británica comenzó a circuncidar a sus herederos creando en este terreno una moda y una diferencia de condición social. Al inicio de la segunda Guerra mundial, aproximadamente el 80 por ciento de los hombres de clases elevadas en la Gran Bretaña estaban circuncidados, en comparación con el 50 por ciento entre hombres de la clase obrera. (Citado por Berkeley)

Un acto profundamente político

La circuncisión masculina ha sido siempre un acto profundamente político –ya sea en una gran escala (¿y qué revela esto sobre la defensa que hacen hoy los países

del Norte de su “auge” en tantos países africanos?), o en un nivel más local. Durante la ocupación turca y el subsiguiente genocidio en Armenia, en 1915, en el que murieron 1.5 millones de personas, los hombres y niños armenios fueron circuncidados a la fuerza. En la Alemania nazi la circuncisión determinaba a menudo si un hombre sería o no deportado a un campo de concentración. En los años treinta, y después en los ochenta, como parte de una oleada de nacionalismo, en Bulgaria se prohibió la circuncisión por sus connotaciones con la previa ocupación turca del territorio.

Algo más. Incluso en Estados Unidos existe hoy una gran controversia en torno a esta práctica. El 8 de enero de 2007 una coalición de grupos interesados sometió al Congreso y a las legislaturas de 16 estados un proyecto de ley titulado Acta del 2007 de Prohibición Federal de la Mutilación Genital. Este proyecto de ley pretende enmendar el Acta de Mutilación Genital Femenina promulgada en 1996, de tal forma que los niños varones, los individuos intersexuales, y los adultos sin consentimiento puedan quedar protegidos de la mutilación genital.

La propuesta de ley establece incrementar el castigo máximo del delito hasta con 14 años de cárcel, para incluir como delito el facilitar asistencia para la mutilación genital de niños sin consentimiento y para prohibir a las personas en Estados Unidos el facilitar la mutilación genital de niños y de adultos no consentientes en países extranjeros. Aun cuando tomara tiempo para que la propuesta fuera considerada en los niveles más altos del gobierno federal, sí alcanzó un nivel de discusión en Comité en el estado de Massachussets el 4 de abril de 2007.

En el apoyo al proyecto de ley figura la evidencia del daño físico y psicológico. Las complicaciones físicas inmediatas causadas por la circuncisión masculina incluyen dolor, shock, hemorragia, infección, pérdida excesiva de piel y daño al tejido adyacente. La hemorragia y la infección pueden ocasionalmente provocar la muerte, aun cuando el procedimiento se lleve a cabo bajo vigilancia médica. Las consecuencias negativas a largo plazo presentan pérdida de sensibilidad e incremento de la fricción y el dolor durante la relación sexual. El daño psicológico incluye sensaciones de enojo, insuficiencia, ansiedad, depresión y trauma psicológico.

Se han señalado complicaciones similares en ámbitos de países en desarrollo. Bonner cita un estudio prospectivo que registra un índice de complicación del 11.2 por ciento en las circuncisiones que se practican en hospitales de Kenia y Uganda. Casi tres por ciento de los pacientes tuvieron infección en las heridas, las siguientes complicaciones más comunes fueron hemor-

ragia severa (1.2%), retención de la orina (1.2%), y edema en el pene (1.2%). Los índices de complicaciones por circuncisiones practicadas sin vigilancia médica son típicamente más elevados e incluyen mutilación, pérdida del pene e incluso la muerte.

¿Un remedio para todos los males?

¿Qué revela hasta el momento esta breve reseña? Primero, y sobre todo, que la circuncisión masculina es un acto ligado a creencias e ideologías muy arraigadas sobre el orden social. No es, de modo alguno, una mera tecnología de prevención. Está ligada de modo casi inevitable a la expresión de poder —ya sea entre grupos, entre viejos y jóvenes por ejemplo, o en interacciones en la naturaleza. Se vincula con el colonialismo y con la resistencia al colonialismo; la invasión y la conquista son profundas, como lo son también sus conexiones con códigos y convenciones abiertamente morales. Finalmente, lejos de ser una operación banal o de rutina, la circuncisión masculina es un acto con profundas connotaciones sociales y consecuencias físicas y psicológicas muy duraderas. Un informe reciente en un diario por internet, *Africa Update*, asevera lo anterior cuando dice:

“A menudo se piensa en la circuncisión masculina como algo que purifica y protege a la generación siguiente de influencias exteriores negativas, y vincula a todos los jóvenes con sus pares o con su grupo etario. Como parte de una intensa socialización de grupo, también establece firmemente las relaciones en el ámbito de una edad, el respeto generacional y los modelos de autoridad” (énfasis agregado por el autor).

Esta es una de las razones por las cuales es importante la circuncisión masculina, y por lo que son tan candentes las opiniones al respecto.

En la década de 1870, Lewis Sayre, un prominente cirujano ortopédico estadounidense, alegó lo exitoso que era la circuncisión masculina para curar la parálisis y la inflamación femorotibial, y para “calmar la irritabilidad nerviosa”. Más tarde amplió su tratamiento para incluir las hernias y la contracción de la vejiga. En el año 1875 escribió que la “irritación periférica” del prepucio provocaba en ocasiones una “demencia de los músculos”, en la que los músculos de la víctima actuaban “por cuenta propia, involuntariamente, sin el poder de control del cerebro de la persona”.

Pocos años después, en 1882, George Beard alegó que:

“Las personas que son nerviosamente muy sensibles, y especialmente los estadounidenses que viven bajo un clima estadounidense, están propensos a desarrollar todos o muchos de los síntomas de la neurastenia sexual... un temperamento previamente asertivo afectado por el clima extenuante, el trabajo, la preocupación, el tabaco y el alcohol”. (Beard GM. Nervous Diseases Connected with the Male Genital Function. Medical Record (New York) 1882, 22:617-21.)

La circuncisión era la solución. En 1891, Peter Remondino escribió:

“El prepucio parece ejercer una influencia maligna en la forma más lejana y en apariencia disconexa; como los genios malignos o los espíritus en los cuentos árabes, puede alcanzar desde lejos el objeto de su malignidad, abatirlo sin que se dé cuenta de la manera más inenarrable; volviéndolo la víctima de todo tipo de males, sufrimientos y tribulaciones, volviéndolo incapacitado para el matrimonio o para los asuntos comerciales; haciéndolo miserable y también objeto de regaños en su niñez... afectándolo con todo tipo de distorsiones físicas y penurias, con poluciones nocturnas y otros trastornos... todo ello calculado para debilitarlo física, mental y moralmente; haciéndolo aterrizar, si acaso, en la cárcel o incluso en un asilo de locos.” (Remondino, PC. History of Circumcision from the Earliest Times to the Present: Moral and Physical Reasons for its Performance. Philadelphia: FA Davis, 1891. p. 254-55.)

En 1894, Merrill Ricketts identificó un asombroso conjunto de enfermedades que podían ser curadas a través de la circuncisión masculina. Éstas incluían el eczema, los edemas, la elefantiasis, la gangrena, la tuberculosis, la inflamación femorotibial, la enuresis, el nerviosismo general, las convulsiones y la histerio-epilepsia.

La circuncisión masculina con propósitos curativos tiene muchos defensores y partidarios. John Kellogg, el fundador del imperio de cereales Kellogg's en Estados Unidos, la contempló como un remedio efectivo contra la masturbación y los males sociales que se decía la acompañaban. Abogó por un enfoque desvergonzadamente punitivo:

“Un remedio casi siempre exitoso en los niños pequeños es la circuncisión. La operación debe hacerla un cirujano sin administrar un anestésico, dado que el breve dolor de la intervención tendrá un efecto benéfico sobre la mente, particularmente si se le vincula con la idea del castigo”.

El carácter social del argumento de salud pública

Con frecuencia se ha alegado que la circuncisión brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual en los hombres, de modo especial en los países en desarrollo. Sin embargo, es precisamente en estos lugares donde pocas investigaciones, si algunas, contienen controles vigorosos para elementos tan complejos como el medio social, la conducta sexual o la higiene del pene. Con frecuencia los estudios citados informan sobre muestreos pequeños y azarosos de hombres que asisten a las clínicas de EST o VIH.

En ámbitos mundiales más ricos, donde se han realizado estudios poblacionales, la evidencia es débil, por decir lo menos. La Encuesta Nacional sobre Salud y Estilo de Vida realizada en 1992 en Estados Unidos, reportó por ejemplo que “con respecto a las ETS no se había encontrado evidencia alguna del papel profiláctico de la circuncisión, sino más bien una leve tendencia en la dirección contraria”. Un reciente estudio británico señaló:

“No encontramos diferencias significativas en la proporción de los varones británicos circuncidados y no circuncidados que reportaron no haber sido jamás diagnosticados con una ITS (11.1% comparado con 10.8%, $p = 0.815$), ITS bacteriana (6.4% cf 5.9%, $p = 0.628$), o IST (4.7% cf 4.5%, $p = 0.786$). Tampoco encontramos asociaciones significativas entre la circuncisión y el haber sido diagnosticados con cualquiera de las siete ITS específicas”.

Además, y al tiempo en que existen llamados para incrementar la circuncisión masculina en toda África, el:

“...experimento de la circuncisión se ha realizado ya en Estados Unidos. ¿Y qué éxito ha tenido? Con el nivel más alto de circuncisión (en el mundo industrializado), Estados Unidos tiene también los niveles más elevados de mortandad infantil y una esperanza de vida masculina más corta que otros países igualmente desarrollados, índices más altos de enfermedades sexualmente transmisibles de cualquier nación desarrollada, e índices de cáncer cervical y de pene similares a los de otros países industrializados. Sin embargo estas son exactamente las enfermedades que se supone deben prevenir la circuncisión. Cualquier observador imparcial deberá concluir que el experimento de todo un siglo ha fallado”.

Conclusiones

¿Cómo podemos entender mejor la defensa actual de la circuncisión como intervención profiláctica? Algunos de los

factores que pudieran sin duda estar presentes tienen que ver con las complejas aristas entre intervención individual e higiene social, y entre salud pública y control social.

En los últimos años hemos asistido por parte de los programas nacionales, las agencias internacionales y los expertos de salud pública, a una creciente impaciencia por avanzar en la lucha contra la epidemia global del VIH. En algunas circunstancias se alega que ha fallado la prevención elemental basada en una respuesta educativa, social y de derechos, y que lo que se requiere es un compromiso más cabal con los principios de la medicina “tradicional” en salud pública. Tanto en las publicaciones académicas como en los corredores de las conferencias internacionales del VIH, los colegas murmuran que ha llegado el momento de la “prevención biomédica”, y la extensión de los medicamentos antirretrovirales a poblaciones de otro modo saludables de trabajadoras sexuales y otros grupos vulnerables es sólo un ejemplo de un enfoque semejante. La Conferencia Internacional de la Sociedad de Sida, llevada a cabo en Sidney 2007, sobre Patogénesis del VIH, Tratamiento y Prevención, tiene una parte dedicada al tema de la Prevención Biomédica. Es en este contexto que debe entenderse la defensa actual de la circuncisión masculina.

Pero existen otras fuerzas en juego. Algunas tienen su origen en la necesidad de las autoridades nacionales y grupos comunitarios por encontrar respuestas al crecimiento aparentemente incontenible del VIH. Otras proceden de la voluntad de estos mismos grupos por adoptar soluciones que atraigan fondos —en este caso de parte de USAID y de la Fundación Bill y Melinda Gates— financiadores importantes de la prevención de la epidemia, que públicamente han apoyado la circuncisión masculina como una estrategia en la prevención del VIH. Otros donantes han sido más cautelosos. De modo tal vez más profundo, las fuentes del entusiasmo tienen sus orígenes en el enfoque “conjunto” de la prevención del virus que parece ofrecer la circuncisión masculina. Esta práctica no sólo ofrece una moderna solución de salud pública, sino

también conlleva una autoridad moral difícil de negar.

En las dos relaciones históricas que analiza este trabajo y en sus contrapartidas modernas, hay una insistencia estridente en la virtud del acto y en su potencial para producir un cambio. Algunos han llegado hasta alegar que en el contexto actual sería moralmente poco ético no ofrecer la circuncisión masculina. Pero tanto en el pasado como en el presente queda aún por probar a gran escala la evidencia científica para la aceptabilidad y eficacia profiláctica de la misma. La evidencia de ensayos recientes, que requieren por lo menos de un continuo escrutinio científico, se proclama ahora como una “verdad”. Quienes se oponen y quienes dudan de su eficacia a un nivel poblacional, a falta de modificaciones mayores en la práctica sexual, han sido silenciados o marginados en medio de ataques furiosos. Han surgido también curiosas alianzas entre médicos, abogados, líderes religiosos y contratistas morales.

Algo tal vez más serio es la capacidad que tiene la defensa de la circuncisión masculina de abrir divisiones nuevas en un nivel nacional e internacional. Cuando recientemente estuve en Kenia, escuché que era impensable para esa nación tener un “Presidente no circuncidado”. En ese mismo país se ha señalado el caso de niños a los que se regresa a casa de la escuela hasta que no se les realice la operación. Entre las habladurías que circularon en las recientes consultas de la OMS/ONUSIDA sobre este tema, ambas partes se tacharon mutuamente de “irracionales”, “ideologizadas” y “no científicas”.

En el mismo momento en que dos décadas de programación y defensa avanzan en contra de la discriminación y el estigma por el VIH, corremos el riesgo de crear nuevas diferencias en torno de las cuales pueda afianzarse la división entre los circuncidados y quienes no lo están, entre quienes defienden la circuncisión y quienes no lo hacen, y entre quienes están a favor de una respuesta amplia y completa y aquellos que buscan soluciones supuestamente más simples.

“Just a Snip”?: A Social History of Male Circumcision
Reproductive Health Matters 2007;15(29):15–21

Referencias

1. See <http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2007/20070328_pr_mc_recommendations_en.pdf>. Accessed 1 April 2007.
2. See <<http://vivirlatino.com/2007/04/03/brazil-says-no-tocircumcision.phpN>> and <www.circumcisionandhiv.com/2007/03/ugandan_preside.html>. Accessed 1 April 2007.
3. See, for example, Sawires S, Dworkin S, Coates T. Male Circumcision and HIV AIDS: Opportunities and Challenges. 2006. At: <www.aidsvaccineclearinghouse.org/MC/circumcision_paper_sawires_dworkin_coates.pdf>. Accessed 1 April 2007.
4. For recent reviews, see Gollaher D. Circumcision. New York: Basic Books, 2000.
5. See also Darby R. A Surgical Temptation. Chicago: University of Chicago Press, 2005.
6. See, for example, the recent

- UNAIDS feature story on male circumcision at <www.unaids.org/en/MediaCentre/PressMaterials/FeatureStory/20070226_MC_pt1.asp>. Accessed 1 April 2007.
7. At: <www.philae.nu/akhet/Saqqara11.html>. Accessed 1 April 2007.
 8. Cited in Griffin G. Decircumcision. San Francisco: Added Dimensions Publishers, 1992. p.17.
 9. Footnote 180. At: <www.wollamshram.ca/1001/Sn_2/v12notes.htm>.
 10. Rabbi Maimonides. A Guide for the Perplexed (trans. M. Friedlander). Dover New York, 1956.
 11. Berkeley B. Foreskin – A Closer Look. Boston Alyson Publications, 1993. p.51.
 12. Allen Edwardes. Death Rides a Camel. A Biography of Sir Richard Burton. London Julian Press, 1983. Cited at: <www.circlist.com/rites/british.html>.
 13. Allen Edwardes. The Jewel in the Lotus: A historical survey of the sexual culture of the east. New York Julian Press, 1959.
 14. Burton R. The Jew, The Gypsy, and El Islam. London Hutchinson and Co, 1874. p.67–71.
 15. Berkeley B. Circumcision: the ultimate anti-masturbation strategy. 1993. At: <www.solotouch.com/res.php?t=a&num=33>.
 16. See <www.circlist.com/rites/british.html>. Accessed 1 April 2007.
 17. See <www.mgmbill.org/index.htm>. Accessed 5 April 2007.
 18. See <www.mgmbill.org/mamgmbillstatus.htm#current>.
 19. Magoha GAO. Circumcision in various Nigerian and Kenyan hospitals. East African Medical Journal 1999;76(10):583–86. Cited in: Bonner K. Male circumcision as an HIV control strategy: not a “natural condom”. Reproductive Health Matters 2001;9(18):143–55.
 20. Sidley P. Botched circumcisions kill 14 boys in a month [News roundup]. BMJ 2006;333 (8 July):62.
 21. Africa Update. At: <www.ccsu.edu/Afstudy/upd3-2.html>.
 22. Sayre LA. Circumcision versus epilepsy, etc. Medical Record (New York) 1870–71;5:233–34.
 23. Beard GM. Nervous Diseases Connected with the Male Genital Function. Medical Record (New York) 1882;22:617–21.
 24. Remondino PC. History of Circumcision from the Earliest Times to the Present: Moral and physical reasons for its performance. Philadelphia FA Davis, 1891. p.254–55.
 25. Merrill Ricketts B. The last fifty of a series of two hundred circumcisions. New York Medical Journal 1894;59: 431–32.
 26. Kellogg J. Treatment for Self-Abuse and its Effects. Plain Facts for Young and Old. Burlington, Iowa F Segner & Co, 1888. p.295.
 27. Laumann E, Masi C, Zuckerman E. Circumcision in the United States. Prevalence, prophylactic effects, and sexual practice. Journal of the American Medical Association 1997;277 (13):1052–57.
 28. Dave SS, Johnson AM, Fenton KA, et al. Male circumcision in Britain: findings from a national probability sample survey. Sexually Transmitted Infections 2003;79:499–500.
 29. Darby R. The sorcerer’s apprentice: why can’t the United States stop circumcising boys? 2005. At: <www.historyofcircumcision.net/index.php?option=content&task=view&id=61>. Accessed 1 April 2007.