



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

# **NUEVA POLÍTICA PÚBLICA MUNICIPAL de ROSARIO en VIH y otras ITS y EMBARAZO.**

## **La prevención de la transmisión del VIH y otras ITS en las parejas embarazadas**

**Documento de Trabajo y Divulgación**

Rosario, Santa Fe

2da Versión

Set 2007

Programa Municipal de Sida  
Moreno 960 – 1° Piso – Tel.: 4802189  
[www.pmsida.gov.ar](http://www.pmsida.gov.ar)



**MUNICIPALIDAD DE ROSARIO**

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

**Entidades participantes:**

**Organizaciones No Gubernamentales del Comité Asesor del Programa Municipal de Sida**

- AMMAR - Agrupación Mujeres Meretrices de Argentina
- Vox - Asociación Civil
- Prevenir es Cuidar
- Fundación Zöe - Centro de Día
- CREATS
- OFES - Organización de Familiares Enfrentando al Sida
- Juntos por la Vida
- ACPSyD -
- ACAAD – Asociación Científica Argentina de Ayuda al Drogadependiente.

Proyecto “Un niño sin VIH”, financiado por el Fondo Global de Lucha contra el Sida – UBATEC S.A.

**Dirección y Equipos de APS – Atención Primaria de Salud – Secretaría de Salud Pública de Rosario,  
(SSP)**

**Grupo Obstétrico de Consenso de APS, SSP**

**Dirección y Equipos de Maternidad Martín, SSP**

**Dirección y Equipos de Maternidad Hospital Roque Sáenz Peña, SSP**

**Dirección de Servicios de Laboratorio y Análisis Clínicos, SSP**

**Dirección de Servicios de Salud, SSP**

**Dirección de Programación de Salud, SSP**

**Programa Municipal de Sida, SSP**

**Educación para la Salud, SSP**

**Asociación de Obstetricia y Ginecología de Rosario, ASOGR**

**Agradecimientos:**

**Centro de Tecnología en Salud Pública, Facultad de Cs Bioquímicas y Farmacéuticas, UNR**

**Programa Provincial de ETS y SIDA de la Provincia de Santa Fe**

**Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirales Humanos y el Sida, Ministerio de Salud de la Nación**

**Programa Municipal de Sida  
Moreno 960 – 1° Piso – Tel.: 4802189  
[www.pmsida.gov.ar](http://www.pmsida.gov.ar)**



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

## **Contenido**

- 1. Aspectos epidemiológicos históricos y actuales de la Transmisión Vertical (MADRE -HIJO/A) del VIH**
- 2. El estado actual de conocimientos en relación a la prevención de la transmisión vertical del VIH**
- 3. Marco normativo y políticas públicas desarrolladas hasta el presente en relación a este problema**
- 4. Inclusión de varones y mujeres en la prevención de la transmisión vertical del VIH como estrategia prioritaria para el cuidado de la salud sexual y reproductiva**
- 5. Acciones principales de la nueva estrategia**
- 6. Perspectiva de las ONGs, Organizaciones No-Gubernamentales integrantes del Comité Asesor del Programa Municipal de SIDA de Rosario**
- 7. El rol de los equipos de Atención Primaria de la Salud y la Experiencia del Centro de Salud San Martín**
- 8. El rol de la Red de Laboratorios en el diagnóstico de la infección por el VIH.**
- 9. Otras infecciones de transmisión sexual y vertical y su prevención**
- 10. Evaluación de la estrategia. Indicadores propuestos.**
- 11. Bibliografía general**
- 12. Lecturas Recomendadas sobre Equidad de Género y Servicios de Salud.**



## 1. Aspectos epidemiológicos históricos y actuales de la Transmisión Vertical (MADRE-HIJO/A) del VIH

Según datos de ONUSIDA, actualizados a Diciembre de 2006, se estima que en el mundo viven más de 40 millones de personas infectadas por VIH, de los que 2,3 millones son niños menores de 15 años. Desde el comienzo de la epidemia han fallecido a causa del SIDA 570.000 niños y 13.200.000 han quedado huérfanos. En el año 2005 se infectaron 700.000 niños, es decir, aproximadamente se producen 2.000 nuevas infecciones al día.

La red municipal propicia la prueba de detección diagnóstica de VIH en embarazadas en los efectores municipales desde el año 2003. En el Cuadro Nro 1 podemos ver cómo la frecuencia de ofrecimiento y aceptación de la prueba de VIH se incrementa drásticamente en las mujeres atendidas en la Maternidad Martin entre los años 1993-1996.

**Cuadro Nro 1. Pruebas Voluntarias de VIH a embarazadas. Maternidad Martin, Años 1993-1996**

<b>Años</b>	<b>Pruebas de VIH</b>	<b>Madres con VIH identificadas</b>	<b>Número de partos</b>
1993	402	5	3979
1994	745	6	4323
1995	2331	17	4135
1996	3589	22	4269

*Fuente: Maternidad Martin, Departamento Bioquímico, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario*



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública

Programa Municipal de Sida

En el Cuadro Nro 2 podemos ver que la cobertura con prueba de VIH ofrecida a las mujeres embarazadas o parturientas que consultan en los efectores municipales se ha ido consolidando históricamente adquiriendo esta práctica mayor relevancia con el paso del tiempo. En un primer momento, hacia el año 1998 se alcanza a cubrir al 100 % de las consultantes y luego, sobrepasando esta meta inicial, se llega a un promedio de dos pruebas de VIH en embarazadas, por cada parto atendido.

**Cuadro Nro 2 .Pruebas de detección en embarazadas y parturientas en las SSP años 1998 al 2006.**

<b>Año</b>	<b>Tests VIH en embarazadas <sup>a</sup></b>	<b>Positivos</b>	<b>Partos <sup>b</sup></b>	<b>Parturientas VIH+</b>
<b>1998</b>	6205	33	6038	48
<b>1999</b>	6418	26	6307	73
<b>2000</b>	5150	16	6190	33
<b>2001</b>	10055	20	5638	42
<b>2002</b>	11706	21	5921	42
<b>2003</b>	11854	15	6207	32
<b>2004</b>	10043	11	5734	37
<b>2005</b>	11091	14	5217	41
<b>2006</b>	11050	15	5205	36

<sup>a</sup> Laboratorios del CEMAR y del HRSP (desde el año 2001 en adelante incluye las pruebas realizadas en el ámbito de APS).

<sup>b</sup> Depto. de Estadística de la Mat. Martín y de la maternidad del HRSP.

Es posible observar, considerando el número de pruebas realizadas a embarazadas en el ámbito de la SSP y el número de partos efectuados, que la razón de pruebas por parto ha permitido llegar a una cobertura amplia y efectiva, con algo más de 2 pruebas por parto en los últimos años. Se analiza en el siguiente Cuadro Nro 3 la evolución de este cociente.



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública

Programa Municipal de Sida

**Cuadro Nro 3. Pruebas VIH/SIDA por parto SSP años 1988 al 2006.**

Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Pruebas de VIH por parto	1.03	1.02	0.83	1.78	1.98	1.91	1.75	2.13	2.12

En este sentido, conocer la situación serológica de la mujer embarazada, permite el abordaje temprano y oportuno, y favorece la disminución de la transmisión vertical.

A continuación, en el Cuadro Nro 4 se analizan los partos realizados en los últimos dos años en la SSP. En el año 2006 se registra una prevalencia del 0,69 % de parturientas con VIH. (36 casos parturientas VIH positivas sobre 5205 partos generales).

**Cuadro Nro 4. Partos, madres VIH/SIDA y prevalencia SSP años 2005 - 2006\***

	Año 2005	Partos de madres con VIH/SIDA	Prevalencia 2005	Año 2006	Partos de madres con VIH/SIDA	Prevalencia 2006
HRSP	1080	8	0,74 %	1666	11	0,66 %
M. MARTIN	4137	33	0,79 %	3539	25	0,91 %
TOTAL SSP	5217	41	0,78 %	5205	36	0,69 %

Fuentes: Departamentos de estadística de M. Martin y HRSP.

Cabe considerar que tanto en el año 2005 como en el 2006 fueron 14 el número de determinaciones reactivas (Cuadros Nro 5 y 6), sin embargo el número de partos de madres VIH/SIDA fue superior, de 41 en el año 2005 y de 36 en el año 2006 (Cuadro Nro 4). Esto se debe a que no se someten a pruebas de detección aquellas embarazadas ya conocedoras de su situación serológica.



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública

Programa Municipal de Sida

**Cuadro Nro 5. Pruebas detección VIH en embarazadas año 2005**

	<b>ELISA/LATEX</b>	<b>WB/PCR</b>	<b>REACTIVOS</b>
<b>APS (a)</b>	6080	9	7
<b>C. S. MARTIN</b>	537	2	2
<b>CEMAR</b>	709	4	3
<b>M. MARTIN</b>	2273	6	1
<b>HRSP (b)</b>	1692	4	1

**Cuadro Nro 6. Pruebas detección VIH en embarazadas año 2006**

	<b>ELISA/LATEX</b>	<b>WB/PCR</b>	<b>REACTIVOS</b>
<b>APS (a)</b>	6624	15	7
<b>C. S. MARTIN</b>	590	--	--
<b>CEMAR</b>	705	3	--
<b>M.MARTIN</b>	1687	2	1
<b>HRSP (b)</b>	1441	10	6

(a) Se incluyen extracciones realizadas en APS pero retiradas en Hospitales

(b) En el HRSP los registros de laboratorio no permitieron identificar la totalidad de embarazadas por lo que puede estimarse que la cifra de pruebas es algo mayor.

Fuente ASILAC (Area sistematizada de la información de los laboratorios de análisis clínicos).  
Bioq. Gabriela Martínez

. En cuanto a la frecuencia de la transmisión vertical podemos señalar que la maternidad del Hospital Roque Saenz Peña no registró ningún caso desde el año 2000 y la Maternidad Martín tuvo un caso en el año 2002 y otro en el año 2006. Cabe consignar que en los efectores municipales hasta el año 2001 solo se registraban los nacidos VIH



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

con enfermedad marcadora. Es oportuno recordar que estos datos están originados en los casos de infección que se recibieron y se registraron, y que se hallan sujetos a la incertidumbre que surge de que no se halla normada por Nación la notificación obligatoria de la no-infección de un/a nacido/a de madre con VIH. **Siguiendo las cifras consignadas, en Rosario desde el año 2000 hasta el 2006 sobre 263 partos de mujeres con VIH, se registraron 2 casos de bebés infectados lo que da un índice provisorio de transmisión vertical para ese período de 0,76 %.**

## **2. El estado actual de conocimientos en relación a la prevención de la transmisión vertical del VIH.**

*Dr Marcelo Leguizamón, Infectólogo, Programa Municipal de Sida*

*Dra Lydia Sáenz de Vicuña, Obstetra, Maternidad Martin*

La TV (Transmisión Vertical) es una de las 3 vías en que el VIH puede transmitirse de una persona a otra en forma conjunta con la vía sexual y la vía sanguínea. El riesgo de TV del VIH está directamente relacionado con el número de mujeres en edad fértil infectadas. Aproximadamente el 50% de las personas infectadas en el mundo son mujeres jóvenes y de ellas, el 86% contrae la infección por vía heterosexual (UNAIDS 2006). La TV, es decir, la de la madre embarazada a su hijo, es la principal vía de contagio en los niños y niñas. En nuestro país, más del 97% de los niños y niñas infectado/as adquirió el VIH por esta vía. El contagio puede producirse durante todo el embarazo (es más frecuente en las últimas semanas del mismo); en el momento del parto o bien, durante la lactancia, ya que el virus está presente en cantidades importantes en la leche materna. La TV ha variado, históricamente, entre el 13-48% según diferentes estudios, dependiendo del lugar de estudio y de si las madres infectadas amamantaban o no a sus hijos o hijas. Con el tratamiento y controles esta posibilidad se reduce a menos de un 2%. Cada embarazada seropositiva debería plantear un desafío a la Salud Pública para que la máxima optimización de los recursos disponibles permitan acercarnos a las



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

tasas de transmisión cercanas al 0%.

A continuación se describen los ítems considerados de relevancia para esta problemática.

*Sin detección no hay tratamiento:*

Como requisito base para permitir este escenario, se debe saber oportunamente si una mujer se halla infectada por el VIH para poder brindarle el adecuado tratamiento. Para hacer posible esto, los profesionales de la salud, en general gineco-obstetras o médicos generalistas, deben ofrecer a toda mujer embarazada, en el comienzo de su embarazo, una prueba de VIH voluntaria, con su debido asesoramiento y consentimiento informado. En el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, esto se halla respaldado por la Resolución 219 de Junio del 1998, que se comenta en el apartado 3.

La solicitud de la prueba a la pareja de la embarazada, permitirá una mirada integral de la gestación y facilitará la prevención de las primoinfecciones.

En aquellas mujeres en las que se sospeche un contexto epidemiológico de riesgo, debe repetirse una prueba por trimestre. En el caso de que la mujer se negara a realizarse la serología del VIH, dada la potencial trascendencia de esta decisión, debe reflejarse por escrito en la historia clínica.

En la práctica clínica se pueden encontrar tres grupos diferentes de embarazadas con infección por el VIH:

- las que conocían su infección antes de la gestación,
- las diagnosticadas como parte de los estudios establecidos al inicio del embarazo y
- aquellas en las que el diagnóstico se realiza en fases avanzadas del embarazo o en el periparto.

*Nuevos enfoques en la embarazada infectada diagnosticada antes del embarazo:*

La mayoría de estas pacientes conoce los aspectos generales y el tratamiento de la infección por el VIH . Sin embargo, suelen tener una información insuficiente respecto a los aspectos reproductivos y sobre las medidas para prevenir la TV . La suspensión de todos los fármacos en las primeras semanas de embarazo, con el fin de evitar



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

alteraciones sobre el desarrollo del feto, fue sugerida inicialmente, por diversos autores. Sin embargo, dada la elevada capacidad replicativa del virus tras la suspensión del Tratamiento antirretroviral (TARV) y el riesgo de contagio intrauterino, no se aconseja la interrupción del TARV durante las primeras semanas de gestación en aquellas mujeres que vienen siguiéndolo, a excepción de que hubiera drogas no recomendadas o teratogénicas (Tuomala,2005).

*Embarazada infectada diagnosticada durante el embarazo:*

El diagnóstico de la infección por el VIH es un suceso traumático para cualquier persona y suele asociarse a ansiedad, temor a la muerte y miedo al rechazo social, laboral y personal. En la gestante, se suma, además, el miedo a transmitir el VIH a su hijo. Por ello, sólo las pacientes con un test de confirmación del diagnóstico positivo al VIH deben ser informadas del mismo. La información debe ser facilitada por profesionales con experiencia en la problemática. Se debe informar sobre:

- Aspectos generales de la infección por el VIH: agente causal, historia natural, vías de transmisión y medidas de prevención, tanto para prevenir la transmisión a su pareja varón y/o terceras personas, como para evitar la re-infección de la paciente por una cepa viral distinta.
- Asistencia: confirmar a la paciente que va a ser atendida por un equipo multidisciplinario compuesto por personal entrenado en la infección por el VIH. También ha de saber que, en todo momento, se respetará la necesaria confidencialidad.

La paciente debería ser informada de la necesidad de contactar con las parejas sexuales previas para que puedan someterse a los tests diagnósticos oportunos.

*Alerta ante la embarazada infectada diagnosticada en fases avanzadas de la gestación o durante el parto:*

- En el momento actual, en nuestro medio, la mayoría de los niños infectados son hijos de madres no diagnosticadas o con un diagnóstico tardío de la infección:
- Toda gestante no controlada (menos de 5 controles de embarazo), o con serología no realizada o desconocida para el VIH, deberá ser adecuadamente informada sobre la conveniencia de realizarse un test rápido para el VIH; si éste resultara positivo, será



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

informada lo antes posible. En los casos en los que no se disponga de tiempo suficiente para realizar un test de confirmación, la paciente será informada del resultado positivo, así como de la posibilidad de que se trate de un falso positivo.

Un estudio realizado en el hospital de Guernica (Bs As) obtuvo prevalencias del 2,9 % de positividad en este grupo de pacientes.

- Ante un test positivo al VIH se actuará con la mayor celeridad posible para disminuir el riesgo de TV.
- Una vez producido el parto se completará la evaluación diagnóstica de la paciente, se programarán los controles médicos posteriores y se proporcionará apoyo psicosocial.

#### *Valoración clínica. Aspectos generales*

Una atención de calidad a la mujer embarazada e infectada por el VIH exige una adecuada coordinación y comunicación entre, al menos, un infectólogo o clínico con experiencia en VIH, el obstetra y el pediatra. En el primer nivel de atención es muy importante la colaboración del equipo de Atención Primaria. Además, en determinados casos, es necesario contar con la atención de un equipo de Salud Mental y brindar además soporte social para facilitar el tratamiento antirretroviral.

El principio general es tratar adecuadamente a la madre. De hecho, una adecuada supresión de la replicación viral en la madre es la mejor medida para disminuir el riesgo de TV.

La evaluación inicial de la mujer embarazada infectada por el VIH incluye, al menos, los siguientes aspectos:

- Situación inmunológica mediante la determinación de linfocitos CD4.
- Riesgo de progresión de la infección mediante la determinación de la carga viral (CV).
- Serología de los virus de las hepatitis B y C, Citomegalovirus, Toxoplasma gondii , Chagas y Sífilis.
- Historia previa y actual del tratamiento con antirretrovirales.
- Edad gestacional.
- Necesidades de soporte (social, salud mental, nutricional, etc.).
- Valorar la realización de un test de resistencias a antirretrovirales. En el caso de



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

diagnosticarse la infección por el VIH durante el embarazo puede ser muy útil para optimizar la terapia. Igualmente, es útil en la paciente con fracaso virológico. Sin embargo, este test de resistencias no está indicado en la paciente estable que recibe tratamiento y que tiene una CV indetectable (Giuliano M, 2003).

### *Control de la gestación*

En el mundo desarrollado, tanto la gestación como los embarazos repetidos no alteran la evolución clínica ni inmunológica ni virológica de la enfermedad por VIH. Sin embargo, la infección por el VIH y/o su tratamiento sí pueden alterar la evolución del embarazo. Así, algunos estudios muestran una mayor tasa de prematuridad, un mayor retraso del crecimiento y una mayor tasa de muertes fetales en gestantes infectadas por el VIH (Brocklehurst P, 1998- European Collaborative Study 2000). Asimismo, el HAART se ha relacionado en algunos estudios europeos con una mayor incidencia de preeclampsia (Suy A, 2006). El control de la gestación debe basarse en el control de los parámetros bioquímicos relativos a la infección por el VIH y al embarazo, en la vigilancia de los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral y en el control del bienestar fetal. Las mujeres infectadas por el VIH tienen un riesgo aumentado de aborto espontáneo que se asocia directamente con el estadio de la enfermedad e inversamente con el número de CD4 y el tiempo de progresión de la infección (Castilla J, 2005).

Estas gestantes pueden presentar, además, otros problemas de salud (tabaquismo, alcoholismo, escaso incremento ponderal...), problemas psicosociales (falta de apoyo familiar o social), patologías médicas (coinfección por el Virus de las hepatitis B y/o C, enfermedades de transmisión sexual, displasia cervical y cáncer de cuello uterino, tuberculosis...) o necesitar de otros tratamientos (psicofármacos, por ejemplo) que pueden complicar la gestación y obligan, independientemente de la infección por el VIH, a un control más exhaustivo. Por todos estos factores, estas gestantes pueden tener un mayor riesgo de presentar patologías obstétricas como ruptura prematura de membranas, parto prematuro (especialmente en las pacientes tratadas con TARV) y retraso de crecimiento intrauterio (Lorenzi P, 1998-Thorne 2004, CooperER 2002). En cuanto a eventuales procedimientos invasivos algunos estudios recientes muestran un riesgo de TV en



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

mujeres sometidas a amniocentesis y que estén bajo tratamiento antirretroviral, resultados similares al de las demás mujeres infectadas (Maiques V, 2003). Para el control del bienestar fetal se recomienda : Ecografía y Doppler fetal periódico, cada 4-6 semanas, a partir de la 20<sup>a</sup> semana y registro cardiotocográfico a partir de la semana 34-35 y/o en los casos de alteración del estudio Doppler.

#### *Tratamiento antirretroviral (TARV)*

El objetivo del mismo es prevenir la TV, preservando la salud de la madre y el hijo y evitando la aparición de resistencias que limiten futuras opciones terapéuticas. El TARV es importante tanto para la salud de la mujer como para evitar la TV. Como norma general, en una gestante sin terapia previa, el inicio de la misma se realizará entre las 10-14 semanas. El objetivo más importante del manejo de la mujer embarazada seropositiva es obtener cargas virales (CV) inferiores a las 1000 copias/ml hacia las semanas 32-34 de gestación (Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy 2005). Se ha descrito una tasa de transmisión de 0,96% en mujeres con CV inferior a 1.000 cop/ml tratadas con antirretrovirales y de 9,8% en mujeres no tratadas en el mismo rango de CVP (inferior a 1.000 cop/ml), lo cual demuestra la importancia del TARV incluso en madres con CVP baja (Terriou P, 2005).

La instauración del TARV depende esencialmente del estado inmunoviológico de la mujer y se regirá por las recomendaciones generales de tratamiento del adulto. En caso de no precisar tratamiento, éste se recomendará en general a partir del segundo trimestre de la gestación, con el fin exclusivo de prevenir la TV.

Las gestantes que ya reciben TARV en el momento de la concepción no deben suspenderlo si no es por indicación médica.

El fármaco disponible con mayor experiencia en gestantes es el AZT y debe formar parte del HAART siempre que sea posible, excepto si existe resistencia documentada o intolerancia al mismo.

En caso de necesitar interrumpir el TARV (intolerancia, vómitos, etc.), es necesario recordar la recomendación general de suspender toda la medicación antirretroviral simultáneamente, para evitar el desarrollo de resistencias. En el caso específico de



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

suspender la nevirapina, deberá hacerse 7-14 días antes que el resto del TARV, dada su larga vida media (Arnedo-Valero M, 2005).

La embarazada debe conocer, tanto los aspectos beneficiosos del tratamiento (reducción de la CV) y por consiguiente del riesgo de TV como las posibles repercusiones sobre el embarazo y, a largo plazo, sobre el recién nacido. Debe ser informada sobre las asociaciones del TARV con la toxicidad hepática (nevirapina), la toxicidad mitocondrial y la acidosis láctica (inhibidores análogos de los nucleósidos de la transcriptasa inversa), la hiperglucemia y la prematuridad (inhibidores de la proteasa: IP ), la preeclampsia y la muerte fetal. Algunos estudios han demostrado una mayor prevalencia de diabetes gestacional asociados a la mayor edad materna y al uso de IP ( Gonzalez-Tome MI,2005.- European Collaborative Study. 2004). Todo ello obliga a efectuar un estrecho seguimiento clínico y analítico durante la gestación. El TARV incluso con niveles bajos de CV, disminuye la TV por lo que, en principio, la gestación es siempre una indicación para recibir antirretrovirales. Se hará especial énfasis en la necesidad de lograr una buena adherencia al tratamiento a fin de disminuir la CV e impedir el desarrollo de resistencias.

Malformaciones: No se ha demostrado que el uso del TARV durante el embarazo se asocie a una mayor frecuencia de malformaciones congénitas, a excepción del efavirenz que está contraindicado (García PM, 2001). Sin embargo, los antirretrovirales usados durante el embarazo pueden provocar algunas alteraciones clínicas en el recién nacido. El médico tratante debe conversar sobre los riesgos posibles. Cada antirretroviral tiene su margen de seguridad estudiado. Los fármacos no recomendados son el ddC, tenofovir, efavirenz, amprenavir, fosamprenavir, atazanavir, tipranavir e hidroxiurea. En líneas generales, los medicamentos utilizados tienen un margen de seguridad muy bueno en el corto y mediano plazo.

#### *Vía de finalización del embarazo*

Está demostrado que el parto vaginal no conlleva un mayor riesgo de transmisión del VIH si la paciente ha recibido TARV durante el embarazo, presenta una CV baja en el último trimestre de gestación y se minimiza el contacto entre la sangre materna y el niño. En caso de que estuviera indicada la cesárea, o si la paciente elige este modo del parto,



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

es preciso informarle de la mayor morbilidad asociada a esta técnica quirúrgica (Semprini AE, 1995; Grubert TA, 1999), y además deberá firmar el consentimiento informado. Ruptura prematura de membranas (RPM): Antes del uso del TARV durante la gestación, varios estudios encontraron una relación entre la duración de la rotura de bolsa y la TV, sobre todo si dicha duración es superior a cuatro horas. El riesgo de TV aumenta en un 2% por cada hora que la bolsa permanece rota en mujeres con menos de 24 horas de rotura (Minkoff H, 1995).

Parto: El parto es el periodo en el que se producen la mayor parte de los casos de infección neonatal, aunque en la era del TARV se ha detectado un aumento relativo de la proporción de infecciones intraútero. Por ello, en el momento del parto es esencial la aplicación de medidas terapéuticas y profilácticas preventivas de la TV. Durante el parto, el feto se ve expuesto a la sangre y a las secreciones maternas que pueden contener el VIH. Aunque el mecanismo exacto por el que se produce la TV no ha sido identificado, las posibles causas incluyen las microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones, el ascenso del virus a través de la vagina y el cérvix una vez que las membranas se han roto, y la absorción del virus a través del tracto digestivo del niño (Moodley J, 2005).

**El principal objetivo es alcanzar el momento del parto con la CV más baja posible, para ello la terapia más eficaz es el TARV.**

Si se optara por un parto vaginal se han de aplicar las medidas obstétricas que contribuyen a minimizar la TV: no emplear electrodos colocados en el cuero cabelludo del feto, no realizar microtomas fetales, evitar los partos instrumentales y la episiotomía e intentar mantener la bolsa amniótica íntegra el mayor tiempo posible.

En las pacientes con menos de 36 semanas de gestación y con CV >1.000 copias/mL o con diagnóstico tardío es recomendable programar una cesárea electiva a las semanas 37-38 de gestación para evitar, por un lado, el distress respiratorio fetal y, por otro, el inicio espontáneo del parto y/o la rotura prematura de la bolsa amniótica. En caso de cesárea se debe administrar profilaxis antibiótica, ya que el riesgo de infección puerperal



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

es mayor que en la gestante no infectada (Semprini AE, 1995; Grubert TA, 1999). Siempre se ha de administrar zidovudina intravenosa, según el protocolo habitual, durante el parto, o previamente a la cesárea (urgente o electiva), independientemente de la CVP materna en el momento del parto y de si ha recibido, o no, TARV durante la gestación. Durante el parto es recomendable, siempre que sea posible, continuar con la pauta de TARV recibida durante la gestación.

En el caso de mujeres no tratadas previamente, es recomendable administrar una pauta intraparto de TARV con nevirapina añadiendo zidovudina y lamivudina para reducir la aparición de resistencias (de un 60% si se utiliza monoterapia con una única dosis de nevirapina intraparto a 10-12% si el tratamiento es combinado). Esta pauta se continuará, a las dosis habituales, hasta que la paciente pueda ser evaluada por el infectólogo (The PETRA Study Team. 2002). La duración habitual de 6 semanas con AZT al niño puede reducirse a 4 semanas como sugieren algunas guías, lo que reduciría la incidencia y gravedad de la anemia, manteniendo la eficacia de la profilaxis (Conner SD, 2003).

#### *Consideraciones sobre la lactancia*

En varios estudios de cohortes, realizados en diferentes países, que incluían niños alimentados a pecho y niños alimentados con lactancia artificial, se ha demostrado que en todos los casos, la tasa de TV era más alta en aquellos que lactaban. El riesgo añadido de adquirir la infección por HIV a través de la leche materna, estaba en torno a un 14%, con un riesgo directo de contraer el VIH a través de la leche materna de un 29% en los casos de infección aguda de la madre (Dunn DT, 1992). En la leche materna el VIH se ha detectado tanto en forma libre como asociada a compartimentos celulares. Aunque el papel de la fracción viral asociada a células es todavía poco claro, hay estudios que le atribuyen una gran importancia. Se ha observado, además, que la cantidad de células infectadas por VIH/mL de leche es más elevada en el calostro que en la leche madura (Rousseau CM, 2004). La Carga Viral en la leche se correlaciona con la Carga Viral Plasmática (CVP). La idoneidad de la lactancia materna como forma de alimentación para el recién nacido está fuera de toda duda, tanto desde el punto de vista nutricional como inmunológico y afectivo. Ahora bien, la lactancia materna es una vía de transmisión del



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

VIH con un riesgo directo de transmisión del 10-16 %, y que de forma natural sería responsable de un 42-44 % de las infecciones en el niño en poblaciones con lactancia materna universal. La transmisión puede darse en cualquier momento de la lactancia. Algunos estudios indican que el riesgo puede ser mayor en las fases iniciales de la lactancia, sin embargo, en otros el riesgo parece mantenerse constante durante todo el tiempo que dura la lactancia. Los factores que se asocian a una mayor transmisión son diversos, demostrándose que algunos de ellos aumentan el riesgo (John-Stewart G, 2004).

*Factores que han demostrado aumentar el riesgo de transmisión del VIH asociado a la lactancia materna:*

- **Mayor carga viral plasmática del VIH**
- **Mayor carga viral del VIH en la leche materna**
- **Mayor deterioro inmunológico de la madre**
- **Presencia de mastitis**
- **Lesiones sangrantes en los pezones**

Situaciones como la inmadurez, tanto inmunológica como de la pared intestinal, del recién nacido contribuyen probablemente a aumentar la transmisión. Queda por dilucidar la importancia relativa de la fracción libre y de la fracción celular del VIH en la leche materna, aunque parece que ambas pueden ser responsables de la transmisión. La presencia de lesiones en la mucosa oral del niño, aunque no ha sido estudiada de forma controlada, puede aumentar el riesgo de transmisión conociendo los mecanismos de transmisión del VIH. En el momento actual, la única estrategia eficaz para eliminar el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna es su absoluta sustitución por la alimentación con fórmula adaptada. El riesgo de infección por la ingestión de un litro de leche materna podría ser equiparable al de un contacto heterosexual no protegido.

Condiciones que deben darse para recomendar la sustitución absoluta de la lactancia materna por alimentación con fórmula adaptada:

- Disponibilidad de fórmula adaptada de forma permanente
- Accesibilidad a agua limpia de forma permanente

**Programa Municipal de Sida**  
**Moreno 960 – 1° Piso – Tel.: 4802189**  
**[www.pmsida.gov.ar](http://www.pmsida.gov.ar)**



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

- Capacidad material y humana para implementar esta técnica de alimentación

Las elementales condiciones descritas se dan de forma plena en nuestro medio.

**Recomendación General: Las madres con VIH deben abstenerse de forma absoluta de lactar a sus hijos y alimentarlos con fórmula adaptada .**

*Participación de los pediatras en la Prevención del HIV*

Los pediatras tienen contacto frecuente con madres que amamantan. En nuestro medio se han documentado casos de infección durante la lactancia. Por esto es que actualmente se promueve que las madres que amamantan sean conscientes de este riesgo y se cuiden de no infectarse con VIH a través del diálogo franco con sus compañeros, la concurrencia a pruebas voluntarias aconsejadas del VIH, el uso de preservativos, etc. Para facilitar esto se están buscando las formas de sensibilizar a los pediatras sobre este tema, con frecuencia olvidado y relegado en la consulta pediátrica. Por otra parte, podrían colaborar en el seguimiento de la cohorte de niños cuyas madres fueron sometidas al TARV para detectar y denunciar eventuales anomalías potencialmente atribuibles al mismo.

### **3. Marco normativo y políticas públicas desarrolladas hasta el presente en relación a este problema**

*Dr Damián Adolfo Lavarello*

El día 3 de noviembre de 1994 se publicaba en The New England Journal of Medicine el estudio ACTG 076 en el que se demostraba la eficacia de un esquema tripartito de zidovudina (embarazo, parto, recién nacido) para reducir la transmisión madre hijo del VIH de 25.5 % a 8,3 % (Connor 1994). A partir de ese momento, los sistemas de salud públicos y privados de todo el mundo intentarían, con lentitud al inicio y con mayor énfasis posteriormente, la identificación de toda gestante VIH positiva a fines de implementar dicho protocolo o bien otros más complejos o más breves, pero algún tratamiento al fin para evitar la transmisión de este virus a su recién nacido.

Progresivamente, al hacerse más conocido este y otros estudios, y con el activismo mundial que rodeó siempre al tema VIH / Sida y a la cuestión de la transmisión vertical en



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

especial, se fueron configurando proyectos, planes, programas especiales, etc. destinados a este específico fin, todo lo cual podríamos caracterizar como el surgimiento de una auténtica *política pública* sobre este problema, con grados diversos de desarrollo en los distintos países del mundo.

En Argentina, el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1997), a través de su Secretaría de Programas de Salud, dicta el 24 de setiembre de 1997 la Resolución Nro 105, denominada “*Norma de Sida en Perinatología*”. Esta norma se apoya en la Ley Nacional de Sida Nro 23.798 de 1.990 y los Decretos 1.244 / 91 y 1.269 / 92, y establece que

*“se recomienda ofrecer serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal y a las púerperas que no controlaron su embarazo previo al alta “*

Esta Norma reconoce ya que una prueba de VIH puede ser insuficiente, en estos términos:

*“En pacientes con riesgo, ésta (la prueba de VIH) se repetirá cada 3 meses “.*

En una expresión de amplitud ideológica, el estudio del varón (o, más exactamente, las “pareja/s sexual/es”) compañeros de la embarazada, se plantea exclusivamente para el caso de la embarazada en la cual la prueba de VIH confirmatoria ha dado positiva, en estas palabras.:

*“En caso de un resultado positivo confirmado, se ofrecerá extender el estudio a sus pareja/s sexuales e hijos (sic)”*

Por último, se reconoce a la embarazada como siempre vulnerable a la infección por VIH y por lo tanto se enuncia:

*“Debe garantizarse el asesoramiento, en un ámbito de privacidad, sobre el significado del estudio del VIH. Analizando con la paciente las conductas de riesgo de infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su modo de prevención”*



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

Con todo y su correcto enfoque de riesgo, el énfasis en el asesoramiento confidencial, etc., la norma no enuncia, en 1997, ningún lugar activo para un compañero de la embarazada, ninguna opción de ofrecimiento de prueba de VIH al mismo, etc.

A esta Norma habría de adherirse la Secretaría de Salud Pública Municipal a través de la Resolución Nro 219 de junio de 1998. Esta Resolución promovía en su artículo 2do una Propuesta de Trabajo elaborada entre un vasto grupo de personas de todos los niveles de la salud pública municipal y establecía en su artículo 3ero :

*“...como responsabilidad asistencial sistemática de todos los profesionales médicos que realizan atención gineco-obstétrica, el ofrecimiento de serología universal y voluntaria para VIH como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta prenatal y a las puérperas que no controlaron su embarazo previo al alta”*

Como una modificación de valor conceptual, lo que en la Norma Nacional referida aparecía como una **recomendación** ( el ofrecimiento de la serología para VIH a la embarazada / puérpera), en la Resolución local se enuncia como **responsabilidad asistencial sistemática de todos los profesionales médicos que realizan atención gineco-obstétrica**. Desde ya, se trata también aquí de un ofrecimiento y la aceptación es siempre voluntaria por parte de la embarazada. Otra vez, falta alusión expresa en esta Resolución a los varones compañeros de las embarazadas, pero cabe destacar que en la Propuesta de Trabajo, existen varias alusiones a los mismos, en varios momentos del escenario reproductivo como parejas que están buscando un embarazo, mujeres embarazadas que revelan una prueba de VIH negativa, etc. En este último caso, se decía:

*“Mujeres con VIH negativo previo, embarazadas: Este escenario habitual debe ser reelaborado como una instancia válida para recomendar intensivamente la protección de la infección por VIH, principalmente a través del uso de preservativos. Si se dispone de serología negativa reciente del compañero sexual, y no se comprueban conductas de riesgo recientes o persistentes en ninguno de los miembros de la pareja, los preservativos podrán ser obviados. En todos los casos deberá educarse a la madre y de ser posible al padre sobre el tema.”*



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

En el año 2001, y ante la relativa baja implementación de la Norma Perinatal Nacional antedicha, se promueve desde la Unidad Coordinadora Ejecutora del Programa Nacional de SIDA, bajo la dirección de la Dra Mabel Bianco, una Ley Nacional que se sanciona en Noviembre de dicho año con el Nro 25.543, que en su Artículo 1ero ratifica, ahora con fuerza de ley, la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal. En su Artículo 2do, se establece la obligación de cobertura de este análisis a todo establecimiento de salud público, de obras sociales o de medicina prepaga. Los artículos 3ero, 4to y 5to aluden a aspectos contextuales diversos como el consentimiento informado, la confidencialidad, el acceso al tratamiento adecuado, la información al entorno familiar, el abordaje interdisciplinario, etc. Otra vez, los varones no están contemplados en esta norma.

En una escala global, planetaria, el acceso a una prueba de VIH para cada mujer embarazada no es aún una realidad garantizada. En nuestro país, sin embargo, existen crecientes porcentajes de cobertura. En el “Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH / SIDA e ITS en Mujeres Embarazadas” del Programa Nacional de Lucha contra el retrovirus del humano, SIDA y ETS, publicado por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (2005), financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, sobre 855 mujeres encuestadas en los grandes distritos urbanos del país, con una media de 26,8 semanas de embarazo, se encontró que al 86,5 % se le había ofrecido el test o prueba de VIH, 75,8% lo había realizado, y 70,6% lo había retirado.

La política de salud seguida hasta el presente para disminuir la transmisión vertical de VIH ha comprendido a nivel nacional una gran cantidad de acciones entre las cuales sin dudas ha sido clave el rol de promoción y rectoría sobre el tema y el suministro de reactivos diagnósticos y medicación antirretroviral a todas las jurisdicciones sanitarias del país en cantidades suficientes para garantizar esta determinación y el tratamiento respectivo en todas las embarazadas sin obras sociales ni prepagas. Como demostración del impacto de todas estas acciones, la tasa de incidencia de VIH por transmisión vertical del quinquenio 1991-1996 fue de 2,8 a 3,4 nacidos infectados por VIH cada 10.000



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

nacidos vivos, y baja a 1,4 para 2003, unos 10 años después, aún en presencia de una epidemia de mayores dimensiones que a inicios de los años 90 (Ministerio de salud y Acción Social de la Nación, 2005)

A nivel local, las acciones han sido múltiples, comenzando por un curso específico para cerca de 200 personas integrantes de equipos de salud de maternidades, hospitales, centros de salud, y ONGs, realizado en el año 1999. Además, se desarrollaron actividades en terreno con distintos sectores de la comunidad, y se incluyó el tema en la agenda de otras estructuras y programas municipales como el Programa de Salud Integral de la Mujer, el Área de la Mujer de la Secretaría de Promoción Social, etc. Los resultados han sido importantes, tal como se muestra en el apartado 1 de este Documento, y nos permiten hablar hoy de una vía de transmisión del VIH bajo aceptable grado de control.

La metodología de trabajo actualmente vigente de acuerdo a los lineamientos del Grupo Obstétrico de Consenso de Atención Primaria consiste de 2 pruebas por embarazo, 1er y 3er trimestre, y los números de producción de servicios señalados en el punto 1 indican que efectivamente se está alcanzando dicho standard, con más de 2 pruebas por embarazo controlado en la red de salud pública municipal.

El trabajo creciente en este campo, y justamente la oferta sistemática de más de una prueba por embarazo, especialmente cuando se detectan ciertas situaciones de riesgo, ha llevado a la identificación de numerosos casos, cerca de 20 a nuestro conocimiento, de **infecciones maternas intraembarazo y también intralactancia**. La reflexión en torno a estos casos ha llevado a personas, equipos e instituciones a percibir que lo que podríamos llamar “el abordaje integral del problema VIH en el embarazo” no es integral ni adecuado si nos queda en la incógnita la presencia o ausencia de la infección por VIH en el varón. Creemos además, que **los varones tienen genuino derecho a estar informados y a saber si se hallan o no infectados por VIH o por otros agentes infecciosos transmisibles sexualmente o por vía vertical**, ya que muy probablemente tengan interés en evitar los riesgos de la transmisión de los mismos a sus parejas y a sus futuros niños o niñas. Desde ya, también tendrán con esta nueva estrategia posibilidades de saber oportunamente de la presencia de estas infecciones para beneficio de su propia



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

salud, evitando la progresión de las mismas.

En los hechos, la creciente implementación de esta nueva política pública permitirá la generación de un nuevo indicador epidemiológico: seroprevalencia de VIH entre varones con mujeres embarazadas. Este indicador tendrá inicialmente el sesgo propio de todo indicador basado en la sistematicidad de un ofrecimiento y en la aceptación voluntaria de una prueba, pero no debemos olvidar que la misma condición ostenta la seroprevalencia en embarazadas, y la expansión de la estrategia podría generar una razonable utilidad y validez del mismo. Inclusive, para nuestra realidad epidemiológica, debería arrojar valores similares o superiores a los de las embarazadas.

#### **4. Inclusión de varones y mujeres en la prevención de la transmisión vertical del VIH como estrategia prioritaria para el cuidado de la salud sexual y reproductiva**

*Mgr. Sandra S. Gerlero*

En el marco de las políticas públicas sobre la problemática del VIH/SIDA, se plantea el desafío de fortalecer estrategias orientadas a promover el real ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en condiciones de equidad de género. Existen hoy múltiples publicaciones relacionadas con la equidad de género y el acceso de los varones a los servicios de salud, de las que se enlistan una serie al final de este Documento, como Lecturas Recomendadas.

El municipio de Rosario, acorde a las recomendaciones y orientaciones propositivas vigentes, tanto a nivel internacional y nacional como locales, enfatiza la necesidad de proteger la salud sexual y reproductiva como un derecho básico para el logro de condiciones sociales y sanitarias más justas para todos/as los/as ciudadanos/as.

Es en esta dirección que incorporar la equidad de género en la prevención de enfermedades y la promoción de salud implica considerar cómo las asimetrías sociales



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

entre varones y mujeres determinan diferencialmente los modos de vivir, sanar, enfermar y sufrir; y en particular, direcciona las diversas modalidades con que los grupos poblacionales asumen los cuidados de la salud sexual y reproductiva.

Si bien históricamente, en el área de la salud sexual y reproductiva, la mujer ha sido el centro de análisis, y hacia la cual se dirimen múltiples propuestas sanitarias, hoy se plantea la urgencia de valorar y potenciar la inclusión de los varones en estas intervenciones de salud.

El devenir de la epidemia del VIH/SIDA actualiza la necesidad de considerar y reconocer la compleja trama de relaciones, roles y estereotipos de lo masculino y lo femenino que se erigen como dificultades y obstáculos para dar respuesta a este problema de salud.

Replantear el abordaje de la sexualidad y la salud reproductiva como un proceso relacional, y no como eventos aislados de varones y mujeres, al mismo tiempo que potencia estrategias de vida más saludables recupera la especificidad de las acciones de salud de unos y de otras. Por ello es esperable que la incorporación de los varones en las intervenciones de salud, promueva su propio cuidado, respete la libre determinación y autonomía de las mujeres, y propicie la asunción de una “responsabilidad compartida” en lo referente a la sexualidad, la planificación familiar y la procreación.

Así las intervenciones de prevención, educación y cuidado de la salud se presumen más efectivas en la medida en que incorporan acciones simultáneas dirigidas a las mujeres y los varones en tanto el VIH/SIDA es un problema que atraviesa las relaciones entre las personas, sean varones o mujeres.

Incorporar a las parejas varones en los diferentes momentos de atención de la mujer embarazada es la premisa que conlleva la invitación de “**¿Vamos juntos?**” a la realización de la prueba de Vih en el marco de la atención pre-natal, y se plantea como prioridad para generar acciones saludables en torno a la maternidad / paternidad.

## **5. Acciones principales de la nueva estrategia.**

**Programa Municipal de Sida  
Moreno 960 – 1° Piso – Tel.: 4802189  
[www.pmsida.gov.ar](http://www.pmsida.gov.ar)**



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

- Promoción de la consulta prenatal conjunta de hombres y mujeres.
- Ofrecimiento de forma sistemática de la prueba diagnóstica de VIH y Sífilis a todos los compañeros de las mujeres embarazadas en la primera consulta prenatal, con las consecuentes acciones de salud correspondientes a los resultados hallados.
- Promoción de la discusión en el ámbito de las parejas seronegativas sobre vías de transmisión de la infección por VIH, su prevención, formas de diagnóstico, etc.
- Apoyo focalizado para la prevención de la transmisión sexual del VIH entre los miembros de las parejas discordantes, sostenido más allá de la finalización del embarazo.
- Abordaje de modo específico del mito vigente de que los resultados de las pruebas serológicas de infección hechas en la embarazada son representativos de la presencia o ausencia de dichas infecciones en su compañero varón.
- Promoción de una discusión amplia dentro de los equipos de salud tanto de los aspectos ideológicos y estratégicos como de los problemas operativos que puedan surgir en la implementación progresiva de esta estrategia.
- Incorporación intersectorial de esta estrategia en los ámbitos del Área de la Mujer, de la Secretaría de Promoción Social, y de la Oficina de DDHH de la Municipalidad de Rosario.
- Involucramiento de las Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH Sida y Género de la ciudad de Rosario.

## **6. Perspectiva de las ONGs, Organizaciones No-Gubernamentales integrantes del Comité Asesor del Programa Municipal de SIDA de Rosario.**

Mediante el presente documento el comité Asesor del Programa Municipal de Sida de Rosario, compuesto por Organizaciones No-Gubernamentales, ONGs, con trabajo en Sida de Rosario ratifica lo asesorado oportunamente sobre la conveniencia de



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

implementar una campaña de prevención de transmisión vertical del VIH que refuerze el trabajo existente al respecto.

Consideramos que si bien en el ámbito de Salud Pública de la Ciudad se vienen sosteniendo acciones permanentes de prevención de transmisión vertical que han permitido reducir considerablemente el VIH en niños, aún quedan cosas por hacer al respecto y es de incumbencia del Programa Municipal de Sida proponer y sostener acciones que generen una mayor inclusión en el compromiso hacia los niños por parte de todos los actores sociales involucrados.

**Entendemos que existe un abordaje pendiente, y este abordaje es el que proponga y facilite la inclusión del varón en el cuidado del niño por nacer generando conciencia de la importancia de la participación activa del hombre.**

Dos para engendrar, dos para generar cuidados. Actualmente la consulta prenatal y las recomendaciones de salud están dirigidas mayoritariamente a la madre y al bebé; el varón, partícipe necesario en la concepción del hijo, queda en un papel secundario cuando sabemos que tanto desde lo emocional, como desde lo material y lo biológico, su presencia y compromiso mejoran las perspectivas del niño, facilitando el establecimiento de una mejor y pronta relación en el binomio madre hijo.

En el escenario de las prevenciones de salud es importante considerar que tanto la mujer embarazada como la madre que da de mamar, sostiene una relación afectiva que implica contacto sexual con su compañero. Compañero que debe ser incluido en los controles sexológicos de infecciones que se solicitan en el marco de la consulta obstétrica o prenatal. Esto es también pertinente en el caso de la transmisión del VIH. Por todo lo antedicho se sugiere solicitar el test de VIH / Sida y otras ITS al compañero sexual de la madre e incluirlo de modo efectivo en el monitoreo de salud prenatal. Consideramos también de relevancia iniciar una campaña de concientización social amplia sobre la temática.

## **7. El rol de los equipos de Atención Primaria de la Salud y la**

**Programa Municipal de Sida  
Moreno 960 – 1° Piso – Tel.: 4802189  
[www.pmsida.gov.ar](http://www.pmsida.gov.ar)**



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

## **Experiencia del Centro de Salud San Martín en la Prevención de VIH durante el embarazo: consejería y testeo en mujer embarazada y su pareja.**

*Equipo del Centro de Salud San Martín y del Distrito Noroeste del Programa Municipal de SIDA*

Atención Primaria es el espacio en donde el sistema de salud toma contacto directo con las personas; se concibe como estrategia que aporta a la construcción de ciudadanía de poblaciones vulnerables, en particular. Intenta ofrecer una "clínica ampliada" que aborde al sujeto en todas sus dimensiones: social, subjetiva, biológica, sin el privilegio a priori de ninguna de las tres dimensiones.

El "Centro de Salud" se convierte en el escenario de la vida cotidiana, en el que se desarrolla un vínculo entre el equipo de trabajadores y la comunidad, sostenido a través de un trabajo interdisciplinario que busca garantizar la **equidad** en el acceso y la calidad de los servicios con la máxima eficiencia, asegurando que la **promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, los cuidados, el tratamiento y la rehabilitación** sean garantizados, optimizando la **calidad de vida** de la comunidad. Equidad es acceso universal a la prevención y a la atención con un enfoque basado en los derechos humanos. Las intervenciones que promueven la acción intersectorial, la participación y la apropiación comunitarias son fundamentales para la eficacia de los programas de prevención.

La epidemia VIH/SIDA se afianza cada vez más en poblaciones que por desventajas socio-económicas, culturales y por falta de educación y acceso a la información son altamente vulnerables a la infección. En este marco la atención de las personas que viven con VIH/SIDA no es algo exclusivo de los servicios de infectología, los distintos equipos deben estar preparados para ello. Las acciones de los equipos de Atención Primaria de la Salud no se agotan en la atención del proceso salud-enfermedad sino en desplegar abordajes poblacionales, a través de equipos responsables que garanticen el acceso a servicios amigables, que incluyan el cuidado y tratamiento para



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

evitar VIH/SIDA, testeo voluntario, confidencial y con asesoramiento; proporcionando los medios para la reducción del riesgo.

Los avances en la prevención para evitar la transmisión vertical han sido considerables, para reforzar la misma es necesario crear las condiciones para el acceso de los varones en general y de aquellos cuya compañera se halla embarazada en particular al diagnóstico asesorado de VIH y a los servicios de salud. El compromiso y la responsabilización de los equipos se orientan en esa dirección, y son una herramienta fundamental para lograrlo.

### **Experiencia del Centro de Salud San Martín: "Prevención de VIH durante el embarazo: consejería y testeo en mujer embarazada y su pareja"**

Los avances en prevención vertical han sido considerables, para afianzarlos es necesario un acceso al diagnóstico y a los sistemas de salud. En el segundo semestre del año 2004, en el Centro de Salud San Martín, surgió en un grupo de integrantes del equipo, que incluía a miembros del Programa Municipal de SIDA y una obstetra del efector, la inquietud de iniciar un trabajo con la paciente y su pareja, para lo cual se implementó el ofrecimiento de consejería y testeo para VIH, hepatitis B y C, y ETS, incluyendo a la pareja sexual. A las mujeres embarazadas que transitan el consultorio de obstetricia para sus controles, desde la primer consulta se les realiza el ofrecimiento mencionado mediante la derivación de la Obstetra al espacio de Consejería (entrevista realizada por Psicóloga), donde se busca que el sujeto pueda mediante el asesoramiento proceder a la reducción de situaciones de riesgo y lograr la concientización sobre conductas sexuales responsables y la necesidad de testeo. Se procuró la instalación del dispositivo en dos momentos del embarazo, la primer consulta y el octavo mes de gestación. Para garantizar una mayor accesibilidad, los horarios se ampliaron eliminando la necesidad de turno programado.

Algunos resultados: tomamos las entrevistas realizadas hasta el primer semestre del 2007 (no incluido). De las derivaciones realizadas por la Obstetra, el 60 % de las mujeres embarazadas concurren a consejería, de las cuales el 20 % lo hizo acompañadas de su pareja, a su vez el 80 % de las parejas se realizaron la prueba, pero



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

no hubo repetición en el octavo mes. El análisis de estos resultados y la búsqueda de mayor eficacia en la estrategia, nos llevó a interrogarnos acerca de la metodología utilizada. Actualmente, nos parece conveniente la realización del ofrecimiento de testeo a través del profesional obstetra directamente, y el ofrecimiento de la entrevista con psicología para quien lo decida y en situaciones puntuales. De esta manera se espera lograr una mayor participación y concientización de la mujer embarazada y su pareja sexual acerca de una sexualidad responsable.

## **8. El rol de la Red de Laboratorios en el diagnóstico de infección por VIH.**

### *Dirección de Servicios de Laboratorio y Análisis Clínicos*

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es una enfermedad infecciosa crónica causada por el virus VIH, caracterizada por presentar una deficiencia inmunológica progresiva, con la expresión clínica de infecciones oportunistas y/o tumores. En la República Argentina se utiliza la clasificación elaborada por el Centro de Control de Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos (CDC), la cual se basa en la evidencia de la infección por el VIH en el laboratorio y/o la presencia de enfermedades indicativas de SIDA. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) fue aislado e identificado como el agente etiológico de Sida en 1983. El análisis para VIH es una herramienta útil para estudiar a pacientes con evidencias clínicas o de laboratorio de infección por VIH y es una práctica necesaria antes de comenzar con la terapéutica. De todas maneras la indicación para realizar la prueba debe ser sugerida por el médico y siempre debe realizarse con el consentimiento del paciente.

### **Diagnóstico del VIH-1 en adultos**

Existen diferentes pruebas de laboratorio para el correcto diagnóstico de la infección por VIH-1 en adultos. Para la selección de algunas de ellas debemos tener en cuenta criterios



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

tales como sensibilidad, especificidad y valor predictivo. Existen más de 100 pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH-1, y debemos aclarar que todas diagnostican infección por VIH-1 y no Sida. Existen dos niveles de pruebas diagnósticas.

### **NIVEL I: Pruebas de screening o tamizado**

Las pruebas encasilladas en esta categoría en general son muy sensibles y reproducibles, por lo tanto tenemos casi la plena seguridad de los resultados negativos. Cada laboratorio debe seleccionarlo de acuerdo a sus necesidades, y siempre deben estar aprobados por los organismos de control de calidad.

### **NIVEL II: Pruebas confirmatorias**

En esta etapa se deben confirmar los resultados positivos de las pruebas de screening debido a que estas no poseen un alto grado de especificidad y pueden dar resultados falsos positivos

### **Algoritmo de las pruebas**

Es el orden de las sucesivas etapas que deben seguirse en el procedimiento diagnóstico y contemplan en general los niveles de screening y de confirmación. Todos los resultados repetidamente reactivos en la pruebas de screening deben ser confirmados por una prueba de confirmación aceptada.

### **Algoritmo diagnóstico empleado en los Laboratorios dependientes de la Dirección de Servicios de Laboratorio y Análisis Clínicos (D.S.L.A.C).**

Para el diagnóstico de VIH en los laboratorios de la Municipalidad de Rosario utilizamos un algoritmo en el cual en una primera muestra de sangre, realizamos las técnicas de screening o tamizaje. Si el resultado arrojado por estas técnicas es No Reactivo (NEGATIVO), se emite el informe y no se continúa con más pruebas ya que el paciente no posee anticuerpos que evidencien el contacto con el virus de VIH. En el caso de resultar algún resultado Reactivo o de existir alguna duda, se solicitará una nueva muestra en donde se realizaran nuevamente los test de screening y de mantenerse el resultado Reactivo se pasará a realizar los test confirmatorios. Como Test confirmatorios utilizamos en principio la PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa), con este test detectamos la presencia del virus del VIH. En el caso de arrojar este test un resultado Detectable



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

(POSITIVO), no se continúa con más pruebas ya que este resultado es confirmatorio de la presencia del virus del VIH en la muestra analizada y se emite el informe. En el caso de arrojar un resultado No detectable (NEGATIVO), discordante con resultados Reactivos (POSITIVOS) en los test de screening, se realiza una segunda técnica confirmatoria, el Western Blott. Este test detecta los anticuerpos contra el VIH en forma mucho más específica que los test serológicos de screening. Los resultados que podemos obtener con este test son: Reactivo (POSITIVO, confirma la presencia de anticuerpos específicos contra el virus de VIH), No reactivo (NEGATIVO, los anticuerpos detectados por los test de screening no serían específicos contra el virus del HIV) o Indeterminado (En este caso no es posible definir la identidad de los anticuerpos presentes y se debe continuar el estudio).

Para la nueva estrategia en fase de implantación, se ha propuesto la utilización de una fórmula textual única como motivo de solicitud de las pruebas de VIH y Sífilis a los varones por el embarazo de sus compañeras, que se ha acordado como:

### Dx: Compañero Embarazada

La utilización sistemática de este texto permitirá su captación a la base de datos de la dirección ,a través de una codificación interna que se ha definido como PE, y el trazado de la producción de estas solicitudes así como los resultados de los análisis solicitados. Esta tarea se constituye así en un pilar de la evaluación de esta estrategia.

Las boletas, u órdenes de laboratorio, que se espera recibir, se configurarían entonces así:

**Programa Municipal de Sida**  
**Moreno 960 – 1° Piso – Tel.: 4802189**  
**[www.pmsida.gov.ar](http://www.pmsida.gov.ar)**



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

## **Efactor de Salud X**

**JUAN MENGANO**

**- Serología de VIH  
-VDRL Cualitativa-Cuantitativa**

**Dx: Compañero embarazada**

**24 /08 / 07**

**Firma y Sello del Trabajador de Salud**

### **9. Otras infecciones de transmisión sexual y vertical y su prevención**

Las infecciones transmisibles entre hombres y mujeres por vía sexual que además pueden ser transmitidas al recién nacido por vía del embarazo y parto incluyen varias otras infecciones además del VIH, como: Sífilis, Hepatitis B, Hepatitis C, HTLV I, HTLV II, Herpes y HPV.

**Programa Municipal de Sida  
Moreno 960 – 1° Piso – Tel.: 4802189  
[www.pmsida.gov.ar](http://www.pmsida.gov.ar)**



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

Por razones de frecuencia y trascendencia clínica en la presente etapa de esta estrategia se está proponiendo ofrecer de forma sistemática a los varones la prueba de VIH y la prueba de Sífilis (VDRL). Respecto de la sífilis el Grupo Obstrético de Consenso se haya próximo a divulgar un lineamiento específico de trabajo en consonancia con el presente documento.

La incorporación progresiva de controles clínicos y serológicos para las otras infecciones nombradas será resultado de la disponibilidad de recursos y de los oportunos balances de costos y beneficios, así como de la aceptación e institucionalización progresiva que vaya teniendo la presente estrategia.

## **10. Evaluación de la estrategia. Indicadores propuestos.**

La evaluación de los obstáculos encontrados, los resultados obtenidos y las proyecciones de esta estrategia surgirán de reuniones de trabajo específicas con este fin con los equipos de Atención Primaria y Maternidades así como ONGs afines. Se prestará especial atención a las dificultades operativas que puedan surgir en relación a la solicitud de la prueba al varón a través de la mujer embarazada, problemas de horario en la concurrencia a realizar el análisis, a retirar el resultado, para la comunicación del mismo y para la modificación ulterior de conductas en el caso de aquellos varones que resulten VIH positivos. **El principal indicador cuantitativo será el número absoluto y la proporción de las pruebas de VIH y de Sífilis realizadas a varones bajo el diagnóstico “compañero-embarazada” respecto del total de embarazos controlados en la red municipal.**

Esta estrategia permitirá identificar parejas serodiscordantes, compuestas ya sea por un varón viviendo con VIH en pareja con mujer sin VIH, como por una mujer viviendo con VIH en pareja con un varón sin VIH, y se espera que se habilite un diálogo sobre salud sexual y reproductiva en estas parejas que permita un cuidado, una protección de la persona sin VIH. Por esto, en una etapa ulterior de la implementación de la estrategia, será pertinente la evaluación de estas parejas para identificar sus actitudes y resultados



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

en este campo. Sin perjuicio de realizar evaluaciones de estos aspectos de tipo cualitativo a través de entrevistas personales o de parejas, se impone el seguimiento del miembro de la pareja no infectado a lo largo del tiempo para pesquisar si se infecta o no. En el caso de la mujer que estando embarazada se identifica VIH negativa y en pareja con un varón VIH positivo, se impone a su vez un asesoramiento exhaustivo y la realización de nuevas pruebas de VIH, en número a definir por el equipo a cargo de su salud, para evitar que su primoinfección por VIH intraembarazo o intralactancia pase desapercibida, con riesgo de infección para el recién nacido. La proporción de parejas serodiscordantes en las que ocurre transmisión del VIH al miembro que se hallaba sin VIH inicialmente, en x espacio de tiempo, es otro posible indicador cuantitativo.

## 11. Bibliografía general

- Aids epidemic Update 2006. UNAIDS, 2006. <http://www.unaids.org>
- Arnedo-Valero M, Garcia F, Gil C, Guila T, Fumero E, Castro P et al. *Risk of selecting de novo drug-resistance mutations during structured treatment interruptions in patients with chronic HIV infection.* Clin Infect Dis 2005; 41(6):883-890.
- Brocklehurst P, French R. *The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis.* Br J Obstet Gynaecol 1998; 105(8):836-848.
- Castilla J, del Romero J, Hernando V et al. *Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Reducing Heterosexual Transmission of HIV.* JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 2005 40(1):96-101.
- Bucceri A.M., E. Somigliana and M. Vignali, *Early invasive diagnostic techniques during pregnancy in HIV-infected women.* Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80(1):82-3.
- Conner SD, Covington DL, Doi PA, Swinson J, Daniels EM. *Risk of birth defects associated with nelfinavir exposure during pregnancy.* [Abstract 114]. 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Boston 10-14 feb 2003.
- Connor EM, et al. *Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment.* N Eng J Med 1994;331:1173-80.
- Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. *Risk of Human Immunodeficiency Virus Type Transmission Through Breastfeeding.* Lancet 1992; 340:585-8.
- Cooper ER, Charurat M, Mofenson L, Hanson IC, Pitt J, Diaz C et al. *Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1-infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission.* J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 29(5):84-494.
- Englert Y, Lesage B, Van Vooren JP, Leisnard C, Place I, Vannin AS et al. *Medically assisted reproduction in the presence of chronic viral diseases.* Hum Reprod Update 2004;10:149-62.
- European Collaborative Study, *Swiss Mother and Child HIV Cohort Study.* *Combination antiretroviral*



## MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

*therapy and duration of pregnancy.* AIDS 2000; 14(18):2913-2920.

- Giuliano M, Palmisano L, Galluzzo CM, Amici R, Germinario E, Okong P et al. *Selection of resistance mutations in pregnant women receiving zidovudine and lamivudine to prevent HIV perinatal transmission.* AIDS 2003; 17(10):1570-1572.
- García PM, Beckerman K, Watts HW, Rodriguez E, Fox H, Tilson H et al. *Assessing the teratogenic potential of antiretroviral drugs: data from the Antiretroviral Pregnancy Registry (APR)* [Abstract I-1325]. 41th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC). Chicago 16-19 dic 2001.
- Gonzalez-Tome MI, Ramos JT, Solis I, Muñoz E, Guillén S, Almeda J, et al. *Gestational diabetes in a cohort of HIV -1 infected women.* 12th CROI Febrero 2005. Boston. Abstract 68.
- Grubert TA, Reindell D, Kastner R, Lutz-Friedrich R, Belohradsky BH, Dathe O. *Complications after caesarean section in HIV-1 infected women not taking antiretroviral treatment.* Lancet 1999; 354:1612-13.
- John-Stewart G, Mbori-Ngacha D, Ekpini R, Janoff EN, Nkengasong J, Read JS, Van de Perre P, Newell ML; Ghent IAS Working Group on HIV in Women Children. *Breastfeeding and Transmission of HIV-1.* J Acquir Immune Defic Syndr. 2004 Feb 1; 35(2):196-202. Review. Erratum in: J Acquir Immune Defic Syndr. 2004 Apr 15;35(5):539.
- Lorenzi P, Spicher VM, Laubereau B, Hirschel B, Kind C, Rudin C et al. *Antiretroviral therapies in pregnancy: maternal, fetal and neonatal effects.* Swiss HIV Cohort Study, the Swiss Collaborative HIV and Pregnancy Study, and the Swiss Neonatal HIV Study. AIDS 1998; 12(18):F241-F247.
- Maiques V, García-Tejedor A, Perales A, Córdoba J, Esteban RJ. *HIV detection in amniotic fluid samples. Amniocentesis can be performed in HIV pregnant women?* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 108:137-41.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. *Boletín sobre VIH / SIDA en la Argentina.* Año X Número 24. Diciembre 2005.
- Minkoff H, Burns DN, Landesman S, Youchah J, Goedert JJ, Nugent RP et al. *The relationship of the duration of ruptured membranes to vertical transmission of human immunodeficiency virus.* Am J Obstet Gynecol 1995; 173:585-9.
- Moodley J, Moodley D. *Management of human immunodeficiency virus infection in pregnancy.* Best practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2005; 19(2):169-83.
- *Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy.* Clin Infect Dis 2005; 40(3):458-465
- Padian NS, Shiboski SC, Glass SO, Vittinghoff E. *Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Northern California: Results from a Ten-year Study.* Am J Epidemiol 1997; 146: 350-7.
- Rottingen JA, Garnett GP. *The Epidemiological and Control Implications of HIV Transmission Probabilities Within Partnerships.* Sex Transm Dis. 29 (12): 818-27.
- Rousseau CM, Nduati RW, Richardson BA, John-Stewart GC, Mbori-Ngacha DA, Kreiss JK, Overbaugh J. *Association of levels of HIV-1-infected breast milk cells and risk of mother-to-child transmission.* J Infect Dis. 2004 Nov 15; 190(10):1880-8.
- Semprini AE, Castagna C, Ravizza M, Fiore S, Savasi V, Muggiasca ML, et al. *The incidence of complications after caesarean section in 156 HIV-positive women.* AIDS 1995; 9 (8):913-7.
- Sobel JD. *Gynecologic infections in human immunodeficiency virus-infected women.* Clin Infect Dis 2000; 31:1225-33.



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

Secretaría de Salud Pública  
Programa Municipal de Sida

- Suy A, Martinez E, Coll O, Lonca M; Palacio M, de Lazzari E et al. Increased risk of preeclampsia and fetal death in HIV-infected pregnant women receiving highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2006; 20 (1):59-66.
- The PETRA Study Team. *Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa and Uganda (PETRA Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial.* *Lancet* 2002; 359:1178-86.
- Terriou P, Auquier P, Chabert-Orsini V, Chinchole JM, Cravello L, Giorgetti C, Halfon P, Salzmann J, Roulier R. *Outcome of ICSI in HIV-1-infected women* *Hum Reprod.* 2005; 20:2838-43.
- Thorne C, Newell ML. *Treatment options for the prevention of mother-to-child transmission of HIV.* *Curr Opin Investig Drugs.* 2005; 6:804-11.
- Tuomala RE, Watts DH, Li D, Vajaranant M, Pitt J, Hammill H et al. *Improved obstetric outcomes and few maternal toxicities are associated with antiretroviral therapy, including highly active antiretroviral therapy during pregnancy.* *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 38(4):449-473.

## 12.- Lecturas Recomendadas sobre Equidad de Género y Servicios de Salud.

**Figueiredo W.** “Assistência a saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária”. En *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10 (1), 2005.

**Figueroa-Perea J. G.** “Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva”. En *Cad. Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 14 (Supl.1), 1998.

**Figueroa-Perea J. G.** “Avances y retos en la incorporación del enfoque de género en las políticas de salud reproductiva en México”. *Salud Pública de México*, Vol. 49 (Número especial) México, 2007.

**Gómez Gómez, E.:** “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica” - *Rev. Panamericana de Salud Pública* - V. 11 N° 5-6 . Washington, 2002.

**Organización Panamericana de la Salud.** *Calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Interacción prestadores de servicios/usuarios(os). Eje fundamental de una buena atención en salud Sexual y Reproductiva.* OPS, 2000.

**Sazs, I.:** “Género y salud, algunas reflexiones”. Ponencia presentada al IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, México, 1997.