

MUJERES QUE VIVEN CON VIH/SIDA Y SALUD MENTAL: LEGISLACIÓN, DERECHOS Y DIGNIDAD EN LA ATENCIÓN EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS AND MENTAL HEALTH: LEGISLATION, RIGHTS
AND DIGNITY IN CARE AT THE ARGENTINIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM

Obiols, M. Julieta¹; Stolkiner, Alicia²

RESUMEN

Este artículo analiza el marco jurídico nacional e internacional relativo a la problemática de la inclusión de prácticas en salud mental como parte de la atención integral de mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente en el sistema público de salud. Se busca establecer en qué medida la legislación vigente conforma un marco que posibilita la implementación de estas prácticas y promueve la dignidad en la atención. Se realizó un análisis documental cuyo corpus fue la legislación vigente relativa a la temática abordada. En las conclusiones se destaca que la atención en salud mental está poco explicitada en la legislación específica de VIH/Sida, que hace énfasis en el abordaje biomédico. Además, la legislación se orienta fundamentalmente a los objetivos de la prevención de la transmisión vertical, relegando las necesidades de las mujeres y poniendo en cuestionamiento la dignidad en la atención de las mismas.

Palabras clave:

Mujeres que viven con VIH/Sida - Salud Mental - Legislación - Dignidad en la atención

ABSTRACT

This article discusses the national and international legal framework associated with the issue of the likelihood of including mental health practices in the Argentinean public health system, as part of the comprehensive care of women with HIV/AIDS who have recently become mothers. It aims to establish the extent with which legislation in force comprises a framework allowing for implementation of these practices and promoting dignity in female care. A documentary analysis of the legislation in force on the approached issue was performed. Conclusions highlight that mental health care is scarcely stated in the specific HIV/AIDS legislation, which mainly emphasizes the biomedical approach. In addition, the legislation is mainly oriented towards the objectives of vertical transmission prevention, postponing needs and questioning dignity in female care.

Key words:

Women - HIV/Aids - Legislation - Dignity in care

¹Licenciada en Psicología Universidad de Buenos Aires. Becaria de Posgrado Tipo I CONICET (2011-2014). Docente de la Cátedra II Salud Pública Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA. Becaria de investigación del Proyecto UBACyT 20020100100420. Programación 2011-2014 Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología de la UBA. E-mail: julieta.obiols@gmail.com

²Diplomada en Salud Pública Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular de la Cátedra II Salud Pública Salud Mental de la Facultad de Psicología de la UBA. Directora del Proyecto de investigación UBACyT 20020100100420.

Introducción¹

Un dispositivo de entrevistas conducido con mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente², permitió detectar en sus relatos distintos tipos de situaciones problemáticas relacionadas con la infección que son causa de sufrimiento psíquico (Augsburger, 2004) para ellas. Si bien estas problemáticas no se asocian a entidades psicopatológicas definidas, desde la perspectiva comunitaria deben ser incluidas dentro del marco de incumbencia del campo de la salud mental (Stolkiner, 1988; Galende, 1997). Sin embargo, la información relevada durante las entrevistas puso en evidencia que estas situaciones no encuentran espacios suficientes para ser alojadas en los servicios de salud públicos en los que las mujeres se atienden. (Obiols, 2012 a y b).

Si bien la Ley Nacional de Sida (Ley 23.798) garantiza el derecho a la atención en salud mental a todas las personas que viven con la infección, junto con el tratamiento médico y farmacológico, se constata que el mismo no se encuentra suficientemente extendido en la práctica, produciéndose una inclusión incompleta a nivel de la atención en salud (OIT, OPS/OMS, 2002). Las problemáticas que conllevan sufrimiento psíquico pueden cuando no son atendidas, además de constituir un problema en sí mismas, dificultar la continuidad de los cuidados y tratamientos médicos y farmacológicos propios y, en el caso de las mujeres en edad fértil, también de los tratamientos preventivos de la Transmisión Vertical³ en todas sus etapas. (Obiols, Schajovisch & Di Corrado, 2009).

Este artículo constituye un avance de la tesis doctoral de la primera autora cuyo objetivo general es indagar las posibilidades y obstáculos para la inclusión de prácticas en salud mental como parte de la atención integral de las mujeres que viven con VIH/Sida en los servicios públicos de salud. En particular, se propone realizar un primer

análisis del marco jurídico nacional e internacional que atraviesa la problemática con el fin de establecer en qué medida la legislación vigente conforma un marco que posibilita la implementación de acciones en salud mental como parte de la atención integral y promueve la dignidad en la atención de las mujeres en el sistema público de salud. La importancia del análisis de la legislación asociada a la problemática radica en que la misma tiene incidencia tanto en la planificación de políticas y prácticas, como en la subjetividad de las propias mujeres en tanto garantiza sus derechos.

Metodología

El objetivo general del proyecto de tesis doctoral al cual remite este escrito es explorar y analizar las posibilidades y obstáculos para la inclusión de la Salud Mental como parte de la atención integral (Burtzty, 2010) de las mujeres que viven con VIH/Sida, que han sido madres recientemente y que son usuarias del sistema público de salud. Se trata de un estudio de tipo exploratorio descriptivo llevado a cabo mediante una estrategia cualitativa en cuanto a posición epistemológica que combina técnicas de producción y análisis de datos cuantitativas y cualitativas bajo control metodológico (Brehil, 1994).

Este trabajo se centra específicamente en el desarrollo de uno de los objetivos específicos del proyecto que propone analizar la legislación vigente con el fin de establecer en qué medida constituye un marco apropiado para la inclusión de prácticas en salud mental. Con este fin se llevó a cabo un análisis documental cuyo corpus fueron las leyes y documentos asociados a la temática abordada. Por la complejidad que supone la misma se incluyeron en el análisis documentos vinculados específicamente a la temática del VIH/Sida, la Salud Mental, la atención en Salud, así como también algunos que se refieren a la situación específica de las mujeres.

Salud mental y VIH/Sida: articulación entre ambas temáticas.

El Informe sobre VIH/Sida y Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud del año 2008 constituye un referente importante para analizar a nivel internacional el lugar que ocupa la salud mental en relación a la problemática del VIH/Sida. Su objetivo principal es poner en evidencia la importancia de la articulación entre ambas temáticas. En el primer artículo se da cuenta del vínculo principal que se establece entre ellas: *"La salud mental y el VIH/SIDA están estrechamente interrelacionados; los problemas de salud mental, en particular los trastornos por el consumo de sustancias, están asociados con un mayor riesgo de infección por VIH y de SIDA, interfieren con su tratamiento, y, a la inversa, algunos trastornos mentales se producen como resultado directo de la infección por VIH."* (OMS, 2008)

Los problemas de salud mental (este artículo se refiere particularmente a los trastornos por consumo de sustancias, mientras que en el sucesivo se hace referencia a los trastornos mentales severos en general) son considerados principalmente en dos sentidos: por un lado como factores

¹Este trabajo constituye un avance del proyecto de tesis doctoral de la primera autora titulado: "Mujeres viviendo con VIH/Sida y Salud Mental: posibilidades y obstáculos de la inclusión de acciones en salud mental para el fortalecimiento de la atención integral en el sistema público de salud de población consultante del Centro Nacional de Referencia para el SIDA (CNRS)" Directora: Lic. Alicia Stolkiner. Es llevada a cabo en el marco de una Beca de Posgrado Tipo I de CONICET (Directora de beca Lic. Alicia Stolkiner y co director de beca Dr. Horacio Salomon). El proyecto de tesis se inserta en el marco del Proyecto UBACyT 20020100100420 "Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud desde una perspectiva de derechos - Argentina - 2004 y 2014". Programación 2011-2014 dirigido por la Lic. Alicia Stolkiner.

²Se trata de un dispositivo de asesoría instaurado en 2005 en el Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Ex CNRS) dirigido a mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente que concurren al centro para realizar testeo diagnóstico por Transmisión Vertical a sus bebés recién nacidos. El objetivo inicial de implementación del dispositivo al interior del centro, donde con anterioridad únicamente se realizaban extracciones de sangre, consistió, por un lado, en indagar las causas de interrupción del proceso diagnóstico de los bebés y, por el otro, en intentar subsanar esta situación brindando asesoramiento y un espacio de contención a las mujeres (Obiols, Schajovisch, Di Corrado, 2009).

³Transmisión madre-bebé del VIH durante el embarazo, el parto o el puerperio a través de la lactancia.

de riesgo para contraer la infección y por el otro como una de las posibles consecuencias del malestar que promueve la misma. En relación a los trastornos mentales como resultado de la infección el informe afirma en su artículo 6 que: *"La prevalencia de enfermedades mentales en personas infectadas por el VIH es considerablemente más alta que en la población general."* Más adelante se agrega también que: *"Entre las personas infectadas por el VIH es común un mayor grado de angustia psicológica. Estudios realizados tanto en países de bajos ingresos como de altos ingresos han revelado tasas más elevadas de depresión en las personas VIH positivas en comparación con los grupos de control VIH negativos. El nivel de angustia a menudo parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección por VIH."* (OMS, 2008)

En este sentido se constata que el eje principal del informe es el vínculo que se establece entre la infección y la aparición de distintas entidades psicopatológicas clínicamente definidas (depresión y angustia). Se afirma además que la sintomatología psiquiátrica (por ejemplo la depresión) puede poner en juego la posibilidad de la persona que vive con VIH/Sida de ocuparse de sí misma y en consecuencia de continuar sus tratamientos: *"Los estilos de afrontamiento y las habilidades adquiridas pueden configurar la experiencia de síntomas depresivos y la posibilidad de ocuparse de sí mismo. Las relaciones familiares y el apoyo de una pareja también pueden influir en las consecuencias respecto de la salud mental."* (OMS, 2008) Finalmente el informe da cuenta del sufrimiento psíquico que conlleva el tener que vivir con la infección y que surge a partir del momento del anociamiento. Esta "carga psicológica" se asocia una vez más a entidades psicopatológicas que suponen un diagnóstico psiquiátrico (fundamentalmente depresión y ansiedad): *"El VIH/SIDA impone una considerable carga psicológica. Las personas con VIH suelen sufrir de depresión y ansiedad a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico de la infección y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica potencialmente mortal, por ejemplo el acortamiento de la esperanza de vida, los regímenes terapéuticos complejos, la estigmatización, y la pérdida de apoyo social, familiares o amigos."* (OMS, 2008)

A pesar de que el eje principal está puesto en las entidades psicopatológicas, el informe constituye un aporte fundamental porque pone de relieve el malestar que conlleva la situación de vivir con una enfermedad crónica, potencialmente mortal y fuertemente estigmatizada y que puede introducir conflicto en las relaciones con los vínculos significativos de las personas que viven con la infección. De esta manera interpela al campo de la salud mental y evidencia la importancia de articular estas prácticas en el abordaje de la infección. Al final del documento se subraya la necesidad de profundizar el estudio de la articulación entre Salud Mental y VIH/Sida. Sin embargo, se hace especial énfasis en la necesidad de investigar la relación entre la infección y la presencia de cuadros psicopatológicos evidenciándose de esta manera nuevamente una marcada orientación hacia la lógica de la clínica de la enfermedad (De Souza Campos, 2006).

El derecho a la salud en la legislación argentina.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, se establecen por primera vez, los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos de todos los seres humanos. En el artículo 25 se afirma que: *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar..."* (Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25, 1948)

Posteriormente el artículo 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, establece que: *"Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*, detallándose a continuación las medidas que deberán adoptar para la plena efectividad del mismo.

Existen también distintos tratados y convenciones internacionales posteriores en los que se reconoce y se reafirma el derecho a la salud:

- La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979. Artículos 11 (1 f), 12 y 14 (2 b).
- La Convención sobre los Derechos del Niño de 1989. Artículo 24.
- La Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares de 1990. Artículos 28, 43 e y 45 c.
- La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006. Artículo 25.

Todos los documentos del derecho internacional mencionados tienen rango constitucional en la Constitución Nacional Argentina en virtud del Artículo 75 - inc. 22. De esta manera el Estado Nacional argentino se encuentra obligado a garantizar el derecho a la salud en todo su territorio.

La Carta de Ottawa de 1986 constituye un documento de referencia importante respecto a la promoción de la salud ya que entiende a la salud: *"no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas."* (OMS, 1986) La salud mental forma parte del campo de la salud, desde una perspectiva no dicotómica ambas resultan inseparables. En continuidad el derecho a la salud comprende el derecho a la salud mental. De todos modos existen documentos internacionales, tales como la Declaración de Caracas de 1990 y los Principios de Brasilia de 2005, a los que nuestro país suscribe, que refieren específicamente al derecho a la salud mental y determinan la forma más adecuada de garantizarlo.

A pesar de existir los documentos que garantizan el derecho a la salud en general y a la salud mental en particular, se constata que en nuestro país el acceso no se encuentra suficientemente extendido. En particular la implementación de políticas de estado de impronta fuertemente neoliberal durante la década de los noventa promovió un acceso parcial y limitado de la población a la atención en salud. En la última década el reposicionamiento de la

perspectiva de derechos constituye un escenario más propicio (Stolkiner, 2010) para el desarrollo de legislación, políticas y prácticas en salud.

Legislación y Salud Mental

En relación específicamente al campo de la salud mental, en nuestro país, la Ley Nacional 26.657 sancionada en diciembre de 2010, constituye la herramienta más actualizada en ese ámbito. En continuidad con los lineamientos enunciados en 1990, en la Declaración de Caracas y en los Principios de Brasilia de 2005, esta ley constituye un avance incuestionable en tanto legisla entendiendo al campo de la salud mental desde una perspectiva comunitaria y promoviendo la estrategia de Atención Primaria de la Salud para la reestructuración del sistema de salud. La ley dice en su artículo primero que: *"...tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional..."* (Ley 26.657, 2010, Art. 1). Se hace referencia a la protección de la salud mental que implica la promoción y la prevención con el fin de evitar recaer en un abordaje exclusivo de la enfermedad. Además, en el artículo 3 se explicita que: *"se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona"* (Ley 26.657, 2010, Art. 3). La ley en su conjunto hace referencia a un concepto positivo de salud mental que supone el bienestar, así como la posibilidad de gozar de todos los derechos humanos y sociales.

Si bien se hace mención a la protección de la salud mental de todas las personas, a partir del cuarto artículo en adelante, la ley hace eje fundamentalmente en la protección del pleno goce de los derechos de las personas con padecimiento mental, en particular aquellas que son o han sido diagnosticadas y que han atravesado situaciones de internación o podrían tener que atravesarlas en el futuro. Este propósito de la ley resulta fundamental en tanto se orienta a revertir situaciones históricas de abuso y violaciones de derechos humanos. Sin embargo resulta menos explícita en relación a la atención que deberían recibir las personas, que atraviesan situaciones que conllevan sufrimiento psíquico que no pueden ser encuadradas como entidades psicopatológicas definidas. En este sentido no delimita estas problemáticas y tampoco prevee claramente dispositivos para alojar las mismas.

En el artículo 9 de la ley se dice que: *"El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales"* (Ley 26.657, 2010, Art. 9). Se reafirman características fundamentales de la atención en salud mental como parte de un abordaje integral como la organización de la misma en los principios de la estrategia de Atención Pri-

maria de la Salud, que supone un abordaje interdisciplinario e intersectorial, así como también la necesidad de tener en cuenta los lazos sociales. A pesar de que el enfoque hace eje siempre en la situación de las personas con padecimientos mentales severos, estos lineamientos estarían orientando el modelo de atención de todas las personas en el ámbito de la salud mental. En particular el lugar central que esta ley otorga al abordaje interdisciplinario resulta fundamental para pensar la posibilidad del abordaje integral de las mujeres que viven con VIH/Sida, que supone los tratamientos médicos y farmacológicos además del abordaje en salud mental.

Se toma en cuenta en este análisis también la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 2000 porque una parte de la población de este estudio vive y/o se atiende en el territorio de la CABA, y porque constituyó un importante antecedente para la elaboración de la Ley Nacional.

En el segundo artículo de la Ley 448 inciso b se explicita lo que se entiende por salud mental tomando como referencia la Ley Básica de Salud 153 (artículos 3º y 48º): *"La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo"* (Ley 448 de CABA, 2000, inciso b). En esta definición se explicita que la salud mental resulta inseparable de la salud integral y que por este motivo es parte del bienestar de todas las personas. Como forma de reorganización de los servicios prevee en el mismo artículo: *"El desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores"* así como también: *"La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental."* (Ley 448 de CABA, 2000, inc. b). Al igual que en la Ley Nacional, el abordaje interdisciplinario constituye un aspecto central de la reforma en la atención que prevee la ley.

La salud mental dentro de la legislación relativa a VIH/Sida.

En la Argentina, la Ley Nacional de Sida 23.798 garantiza los derechos de las personas que viven con VIH/Sida desde 1990. La misma establece en su artículo primero que se declara: *"... de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población"* (Ley 23.798, 1990, art. 1).

Si bien la ley incluye, entre los objetivos de la lucha contra el Sida, el diagnóstico y tratamiento de la infección no especifica los distintos aspectos que supone el tratamiento de la infección, en particular no se explicita la atención en Salud Mental como parte del tratamiento garantizado a las personas que viven con VIH/Sida. Sin embargo sí se

menciona la necesidad de abarcar aspectos tanto de la asistencia como de la rehabilitación, los cuales podrían incluir este tipo de atención además de tratamiento médico y farmacológico. Es interesante destacar que en 1990 cuando se sanciona la ley todavía la infección por VIH conllevaba en la mayor parte de los casos al estadio de Sida, en este sentido es que todavía no se hace la distinción entre ambas situaciones refiriéndose exclusivamente al tratamiento de la enfermedad. La infección se encontraba lejos de la posibilidad de constituirse en una enfermedad crónica y las problemáticas relacionadas con las mismas se limitaban a las bajas expectativas de vida de las personas que vivían con el virus. La cronicación de la infección posibilitada por los importantes avances médicos y farmacológicos, fue planteando nuevos desafíos en relación a la atención de las personas que vivían con la infección con el fin de mejorar su calidad de vida. Esto hizo que, durante los años sucesivos, se promulgaran una serie de decretos y resoluciones complementarias, con el fin de regular aspectos específicos de la problemática (Decreto Diagnóstico de 1990; de Obras sociales y prepagas, de 1995 y 1996 respectivamente y Ley 25.543 de Análisis para embarazadas, de 2002).

Por lo que se refiere a las Obras sociales y las Empresas de medicina prepagas, las mismas se encuentran obligadas a brindar atención en relación al VIH/Sida a partir de las leyes correspondientes de 1995 (Ley 24.455 de Obras Sociales) y 1996 (Ley 24.754 que equipara las prestaciones de las Empresas de Medicina prepagas a las de las Obras Sociales). En su artículo primero (inciso a) la ley 24.455 afirma que todas las obras sociales del Sistema Nacional deberán incorporar como prestaciones obligatorias: *"la cobertura para los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas infectadas por algunos de los retrovirus humanos y los que padecen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) y/o las enfermedades intercurrentes"* (Ley 24.455, 1995, art. 1inc. a). En esta ley sí aparece detallado que cuando se hace referencia a tratamientos esto implica además de tratamiento médico y farmacológico, atención psicológica.

Complementariamente la Ley 24.754 de empresas de medicina prepagada en su primer artículo establece que: *"las empresas o entidades que presten servicio de medicina prepaga deberán cubrir como mínimo en sus planes de cobertura medico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas para las obras sociales"* (Ley 24.754, 1996, art. 1).

De esta manera los tres subsectores quedan obligados a garantizar tratamiento a las personas que viven con la infección, entendiéndose por tal además del tratamiento médico y farmacológico, la atención psicológica. Sin embargo, el hecho de que la atención en salud mental aparezca poco explícitamente en la legislación vigente coincide con lo que acontece en la práctica donde estas acciones se encuentran poco integradas a las prácticas de atención de las personas que viven con VIH/Sida y en particular de las mujeres que constituyen la población de este estudio. En este sentido es interesante notar que en la publicación "Guías para la atención integral de las mujeres con infec-

ción por VIH/Sida" (2011, 2009) de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, la atención en salud mental no es mencionada. Una de los argumentos que pueden explicar esta situación es que la atención psicológica en relación a la infección se asocia principalmente al momento del anociamiento y a la consejería y no al desarrollo posterior y la continuidad de los tratamientos. Es importante destacar que aún en etapa de consejería post test, cuando se le da el diagnóstico a la persona muchas veces se piensa en brindar información y en estrategias de psico educación más que en establecer un dispositivo que permita la implicación subjetiva y el poder trabajar el sufrimiento psíquico que puede conllevar la infección en distinto tipo de situaciones de la vida cotidiana (Obiols y Stolkiner, 2012; Obiols, 2012).

Legislación, mujeres y Trasmisión Vertical.

En relación específicamente a la situación de las mujeres que viven con VIH/Sida, existe en nuestro país desde el año 2002 la Ley Nacional 25.543 que establece la obligatoriedad del ofrecimiento del testeo diagnóstico a toda mujer embarazada que concurre a realizar un control de embarazo. Esta ley tiene como objetivo disminuir al mínimo el índice (entre 1 y 2 %) de Transmisión Vertical mediante la promoción de la detección del virus en la madre, con el fin de iniciar a tiempo los tratamientos preventivos de la transmisión por vía intrauterina, durante el parto y en el puerperio a través de la lactancia.

La posibilidad del diagnóstico durante el embarazo constituye una ventaja para las mujeres en relación a los varones, quienes no cuentan con una instancia equivalente de acceso al testeo, asociada a un momento vital específico y altamente extendido como es la maternidad para las mujeres. En este sentido se constata (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010) que los varones acceden más tardíamente al testeo diagnóstico tanto en relación a la edad como al estado de avance de la infección. Sin embargo, queda claro que el beneficio que supone el ofrecimiento durante el embarazo no está directamente dirigido al cuidado de la mujer en sí misma, sino de ella en tanto madre del bebé. Esto conlleva a que no todas las mujeres accedan al testeo en esta oportunidad, quedando excluidas quienes por elección propia o por dificultades para concebir no han transitado un embarazo. También quienes no acceden a realizar controles prenatales durante el embarazo o quienes acceden pero no se les ofrece el test durante el mismo. Las últimas dos situaciones suponen fallas en las prácticas del sistema de salud y obstáculos en la accesibilidad al mismo.

Como consecuencia de la puesta en práctica exitosa de la Ley 25.543 muchas mujeres se enteran de su infección durante un control de embarazo, alcanzándolas el anociamiento en un momento de particular vulnerabilidad. Si bien la existencia ésta ley promueve directamente el anociamiento en estas circunstancias, esto no es previsto en la práctica ya que no se organizan dispositivos específicos que permitan alojar el malestar que esta situación conlleva para las mujeres. En la mayoría de los casos éstas se anocian de su diagnóstico a través de su obs-

tetra, quien informa los resultados en conjunto con los otros resultados de exámenes prenatales. Sin embargo no todos estos resultados tienen el mismo impacto subjetivo sobre la mujer. Si bien la ley determina la obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico, no supone y no prevé las condiciones en que debe ser llevado a cabo ese ofrecimiento y en particular la devolución de los resultados. Muchas veces las mujeres pierden en esta situación la posibilidad de acceder a asesoría pre y post test, cuando el testeo se da en el marco del embarazo. Si bien esta ley es complementaria de la Ley Nacional que incluye la atención psicológica, en la situación particular de las mujeres cuyo diagnóstico se organiza en función de la Ley 25.543, muchas veces pierden esta oportunidad.

Legislación, derechos y dignidad en la atención de las mujeres

La detección durante el embarazo de la infección en la mujer se considera temprana respecto a las posibilidades de iniciar el protocolo preventivo de la Transmisión Vertical. Sin embargo podría pensarse como tardía en relación a las posibilidades de cuidado y tratamiento de la infección de la mujer, ya que muchas veces ésta lleva mucho tiempo viviendo con el virus, lo cual implica tiempo perdido y posibilidades estratégicas en relación al cuidado de su propia salud.

El anuncio durante el embarazo además favorece que, desde el momento mismo del diagnóstico, la atención de la mujer se organice en función del protocolo preventivo con el objetivo principal de evitar la Transmisión Vertical y sólo tangencialmente hacia su propio cuidado. En la mayoría de los casos, las mujeres no son convocadas a participar activamente del proceso y en muchas ocasiones ni siquiera se las informa acerca de las características de los procedimientos que se llevarán a cabo para la prevención. En este sentido el testeo asociado a la situación de la maternidad conlleva todo un accionar orientado a la prevención de la transmisión, que prevé los cuidados en la mujer no como un objetivo en sí mismo sino como un medio para lograr ese fin. La noción kantiana de dignidad supone la idea de que todo ser humano constituye un fin en sí mismo y que, a diferencia de los objetos, no puede ser utilizado como un instrumento, es decir como un medio para un fin que lo exceda. En este sentido tal como está orientada la atención de las mujeres, a partir de la legislación, las políticas y las prácticas ponen en cuestionamiento su dignidad humana. Asociado a la idea de que el ser humano es un ente en permanente desarrollo en la búsqueda de la realización de sí mismo, ese proyecto de autorrealización exige el respeto de los otros y la no instrumentalización de la persona (Tealdi, 2008). En el caso de la mujer, cuya autorrealización históricamente se encuentra fuertemente asociada a la maternidad, su propia realización se vincula a la realización del hijo o la hija, lo cual inicialmente involucra el nacimiento saludable del mismo. La forma en que se organizan las prácticas, las políticas y la legislación parecen reafirmar esta posición, en la cual la mujer como sujeto queda relegada detrás de su posición de madre.

Consideraciones finales

El Informe sobre VIH y Salud Mental de la OMS de 2008 establece los ejes principales de articulación entre ambas temáticas, explicitando la importancia de tener en cuenta las problemáticas de salud mental que se relacionan con la infección. Sin embargo hace énfasis en el abordaje de los trastornos psicopatológicos relegando a un segundo plano de importancia la atención de las situaciones de sufrimiento psíquico que conlleva la infección y que no pueden asociarse a entidades diagnósticas definidas.

La Ley Nacional 26.657 constituye un avance incuestionable en el campo de la salud mental ya que la reivindica como un concepto positivo y como un derecho que hace al bienestar de todas las personas a la vez que promueve el abordaje interdisciplinario. Sin embargo se constata que la misma hace mayor hincapié en las reformas orientadas a la atención de personas con padecimientos mentales severos y menor en la atención en salud mental de las personas que presentan situaciones de sufrimiento psíquico que no alcanzan a constituir entidades psicopatológicas.

La atención psicológica se encontrará garantizada para las personas que viven con VIH/Sida por la legislación vigente aunque se encuentra poco explicitada. Esto tiene un correlato con lo que sucede en la práctica donde la misma es postergada en función de la atención de los aspectos biomédicos de la enfermedad y se encuentra mucho menos extendida.

El decreto de obligatoriedad del testeo diagnóstico a toda mujer embarazada introduce una diferencia de género entre la forma en que se orienta la atención de la infección en mujeres y varones. Si bien éste posibilita una forma de acceso al testeo que no tiene equivalente entre los varones, a la vez promueve que la atención de las mujeres se centre desde el inicio en función de su rol materno y en la prevención de la transmisión vertical y no en su propio cuidado.

La atención de las mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente, apoyada en la legislación existente, queda entonces reducida a su condición de madre y a los aspectos biomédicos de la infección. De esta forma la mujer es doblemente objetivada y se pone en cuestionamiento la dignidad en su atención. En este sentido la dignidad en la atención de las mujeres supondría que ella, su salud y su bienestar sean consideradas el objetivo principal del abordaje en el sistema público de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Augsburger, C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. *Psicología y Sociedad*, Vol 16 (2) (71 - 80).
- Breilh, J. (1994). Nuevos Conceptos y Técnicas en Investigación. Ecuador. CEAS.
- Bursztyn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Helmann, L., Riveros, M. & Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista Salud Pública*, Vol 12 (1), (77 - 88).
- Constitución de la Nación Argentina (1994) Artículo 75 inc 22 Revisado el 15/04/2013 en <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/>
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979. Artículos 11 (1 f), 12 y 14 (2 b) Revisado el 15/04/2013 en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Artículo 24 Revisado el 15/04/2013 en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990). Artículos 28, 43 e y 45 c. Revisado el 15/04/2013 en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cmw.htm>
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). Artículo 25. Revisado el 15/04/2013 en <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/convention.html>
- De Sousa Campos, G.: (2006) *Gestión en Salud en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. (3/12/2013) Revisado el 15/04/2013 en <http://infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley 448 (2000) de Salud Mental de CABA Revisado el 15/04/2013 en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/archivos/ley448.pdf
- Ley Nacional 23.798 (1990) de Lucha contra el SIDA. Revisado el 15/04/2013 en <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/legislacionyddhh/ley-nacional-de-sida-reglamentaciones.pdf>
- Decreto Obras Sociales (1995) y Prepagas (1996) Revisado en 15/04/2013 de <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/legislacionyddhh/obras-sociales-prepagas.pdf>
- Ley Nacional 25.543 Análisis para mujeres embarazadas (2002). Revisado el 15/04/2013 de <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/analisis-para-embarazadas.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2010): Boletín N° 27 sobre VIH Sida en Argentina. Noviembre 2010.
- Obiols, J., Schajovitch, J. & Di Corrado, P. (2009). Implementación de un dispositivo de entrevistas dentro de un centro de investigación básica en Sida. Algunos aportes para mejorar la prevención de la Trasmisión Vertical. *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología. UBA. Bs As.
- Obiols, J., Stolkiner, A. (2012) Importancia de la inclusión de la salud mental en la atención integral de mujeres que viven con VIH/Sida. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología*, Vol 45. (61-80)
- Obiols, J. (2012) Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas de salud mental de las mujeres que viven con VIH/Sida *Revista Salud Mental y Comunidad*, Vol. 2 (59-66)
- Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2002) "Ampliación de la protección social en material de Salud: la iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo". Documento presentado durante la 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54a Sesión del Comité Regional. Washington D. C., USA, 23-27 de sept. de 2002. Revisado el 15/04/2013 en <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp26-12-e.pdf>
- Organización de Naciones Unidas (1948): Declaración de Derechos Humanos. Revisado el 15/04/2013 en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Organización de Naciones Unidas (1966): Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Revisado el 15/04/2013 en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Organización Mundial de la Salud (1986): Carta de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, 21 de noviembre de 1986. Revisado el 15/04/2013 en http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008): Informe sobre VIH y Salud Mental. 124° Reunión Consejo ejecutivo. 20 de Noviembre. Revisado el 15/04/2013 en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería Vol.VI N°1*.
- Tealdi, J.C. (Ed.) (2008) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Unesco- Universidad Nacional de Colombia.

Fecha de recepción: 13 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 26 de agosto de 2013